

# Rapport d'activités 2014

UNE  
PROFESSION  
DEBOUT  
ET EN MARCHÉ !



**MCO**

**Fil conducteur**

**Fil Conducteur**

CONSEIL D'ADMINISTRATION n°2  
FHP-MCO du 08 Avril 2014  
10h00 à 15h00

FDR 008  
Date: 31/03/2015  
Page: 1/22

**POINTS A ABORDER EN SEANCE**

- 1. Valeur ajoutée
- 2. Investissement
- 3. Point à l'ordre du jour verbal du Conseil d'Administration de la Janvier 2014
- 4. Dans le cadre de la loi de santé
- 5. Dans le cadre de la loi de santé
- 6. Dans le cadre de la loi de santé
- 7. Dans le cadre de la loi de santé
- 8. Dans le cadre de la loi de santé

**ANNEXÉES AU PRESENT DOCUMENT :**

FHP-MCO - 2014



# ÉDITO

## UNE PROFESSION DEBOUT ET EN MARCHÉ

**L**e rapport annuel de la FHP-MCO est l'occasion de faire le bilan de l'activité de notre syndicat, et de mettre en relief les actions réalisées. Nous transmettons nos remerciements aux membres du bureau et du conseil d'administration qui se sont impliqués tout au long de l'année 2014. Ils ont impulsé, guidé, ajusté les orientations stratégiques de notre syndicat et pris les décisions sur les grands dossiers qui ont fait l'actualité du MCO.

Pour les mettre en œuvre, notre équipe de permanents, pilotée par Thierry Béchu, a travaillé sans relâche. Composée de compétences multiples, elle anticipe les écueils qui guettent la profession afin de lui offrir une longueur d'avance, chaque fois que possible. Elle est également votre interlocutrice au quotidien pour répondre à vos sollicitations.

L'année 2014 restera marquée par un dialogue extrêmement difficile avec le ministère de la Santé. Le manque d'ouverture de la ministre a conduit nos établissements à se mobiliser massivement, par deux fois, en mars et en décembre, d'une manière inhabituelle pour notre fédération. Mais nous n'avions pas d'autres

moyens de nous faire entendre. Notre mobilisation sur la loi de Santé n'a pas été vaine. Certains dangers, comme le lien entre appartenance au service public hospitalier et autorisation, ont été écartés et une association de fait au SPH a été obtenue pour les établissements de santé privés autorisés en médecine d'urgence. Mais nous devons continuer à nous battre sur le fond au sein de chaque territoire, c'est-à-dire sur la reconnaissance de notre activité au service du public et de notre place légitime d'acteurs de santé publique dans le paysage sanitaire.

L'hospitalisation privée souffre d'une surabondance d'ambassadeurs de l'hôpital public. Si certains d'entre eux sont aveuglés par le dogmatisme, la majorité ignore la réalité de notre système de santé.

Des voix, peu nombreuses, s'expriment pour contrebalancer les débats avec des arguments solides et des perspectives différentes. À nous de les soutenir et d'être nous-mêmes des émissaires auprès des intellectuels, des médias, des décideurs politiques et économiques, pour faire connaître et reconnaître notre secteur. Parce que notre objectif est la reconnaissance et le respect de l'hospitalisation privée, parce qu'il passe par l'équité de traitement entre les acteurs, notre profession, debout en 2014, est en marche en 2015.



**Ségolène Benhamou**  
Présidente du syndicat national  
FHP-MCO

5  
**DES ACTEURS  
ENGAGÉS,  
DES VALEURS  
ET DES MISSIONS**

25  
**ASSURER UN SERVICE  
ADHÉRENT  
DE HAUT NIVEAU**

37  
**PROMOUVOIR  
UNE POLITIQUE  
DE TRANSPARENCE  
ET D'ÉQUITÉ**

45  
**MILITER POUR  
UN FINANCEMENT  
JUSTE**

63  
**ASSURER  
UNE MUTATION  
RESPONSABLE**

75  
**VEILLER  
À L'IMPLICATION  
DES PARTIES  
PRENANTES**

89  
**ANNEXES**

Plus de  
**6,4**  
millions  
de séjours

**67000**  
lits et places au sein  
des 575 établissements  
MCO

**130**  
structures d'urgences

**2,5**  
millions de patients  
accueillis en urgence

**25 %**  
des patients CMU,  
CMUC, AME

**32 000**  
médecins exercent  
au sein des cliniques  
et hôpitaux privés

**71 000**  
infirmier(e)s, sages-femmes,  
aides-soignant(e)s,  
administratifs, hôteliers

**27 %**  
de l'offre MCO

**Médecine**  
**2,3**  
millions de séjours  
en médecine

**Chirurgie**  
**3,4**  
millions de séjours  
en chirurgie

**57 %**  
des séjours chirurgicaux

**68 %**  
de la chirurgie ambulatoire

**Obstétrique**  
**25 %**  
des naissances en cliniques  
et hôpitaux privés

**Cancérologie**  
**48 %**  
de la chirurgie carcinologique

**30 %**  
des séances de chimiothérapie

**Insuffisance rénale  
chronique**  
**2 millions**  
de séances d'hémodialyse,  
soit 36,7 % de part de marché

# Les indicateurs généralisés de qualité des soins

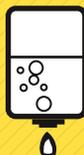
Le recueil obligatoire d'indicateurs a débuté en 2004 dans le cadre de la lutte contre le risque infectieux, avec la publication du « Tableau de bord des infections nosocomiales » (TBIN).



## ICALIN 2

INDICE COMPOSITE DES ACTIVITÉS DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

**91,3%** des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A (premier rang) ou B (second rang).



## ICSHA 2

INDICE DE CONSOMMATION DES PRODUITS HYDRO-ALCOOLIQUES

**87%** des cliniques MCO de plus de 100 lits et **85%** des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A.



## ICATB

INDICE COMPOSITE DE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

**90%** des cliniques MCO de plus de 100 lits et **94%** des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A.



## Score agrégé

**88%** des cliniques MCO de plus de 100 lits sont classées en A (le meilleur score). **83%** des cliniques MCO de moins de 100 lits sont classées en A.





# DES ACTEURS ENGAGÉS, DES VALEURS ET DES MISSIONS

# PARTAGER DES VALEURS COMMUNES

Des valeurs communes à notre secteur nous permettent de former un tout dans un environnement déjà marqué par la pluralité de nos organisations. Depuis la création de la FHP-MCO, ces valeurs ont été construites mais aussi partagées.

## L'humain/la personne

Nos organisations doivent être construites autour du patient et non l'inverse. L'organisation prend en compte les attentes et les besoins des patients, en un mot son *parcours*.

## La qualité et la sécurité des soins

C'est une préoccupation de tous les instants dans l'intérêt bien compris de nos patients et de la pérennité de nos structures. Les indicateurs qualité aujourd'hui publiés sont là pour en témoigner mais également les résultats de l'expérimentation de l'incitation financière à la qualité (IFAQ 1).

## La responsabilité de nos engagements

Nous sommes par nature des acteurs responsables car les réalités de la vie économique nous obligent à gérer nos organisations en professionnels avisés. Avec un quart des établissements en déficit, nous pouvons légitimement nous inquiéter de cette situation.

L'hospitalisation privée a montré sa capacité à s'adapter aux situations difficiles (restructuration des dernières décennies), aux évolutions du secteur (développement de l'ambulatoire dès les années 90), aux progrès technologiques (développement de la cœlio-chirurgie, robot, technique

Notre secteur accueille 124 000 séjours en clinique, quand 50 000 séjours sont pris en charge en centre hospitalier et 200 000 séjours en CHU.

Nous accueillons 20% des patients en soins palliatifs et 52% de la chirurgie carcinologique.

VNUS, etc.), aux besoins de prise en charge plus globale des patients dans tous les domaines de la médecine tout en maintenant une qualité des relations humaines dans la prise en charge.

## L'efficience

Le différentiel tarifaire toujours inacceptable de 22 % entre secteur public et privé est là pour rappeler à chacun notre efficience. N'émargeant qu'à 1 % des enveloppes MIGAC et FIR, nos établissements de santé ne disposent pas de compléments de ressources pour compenser la faiblesse des ressources tarifaires.

## Notre héritage

Deux grands principes, facteurs clés de développement et de succès de l'hospitalisation privée, adoptés après-guerre : le libre accès aux soins et la gratuité des soins. Préservons-les !

## QUELLES SONT LES MISSIONS DE NOTRE SECTEUR ET CELLES DU SYNDICAT ?

### Accueil et accessibilité

Nous prenons en charge des missions de service public, et à ce titre plus de



2,2 millions patients sont accueillis dans nos services d'urgences chaque année. Les établissements de santé privés accueillent les patients de leur territoire et garantissent l'accessibilité sociale. 25 % des patients précaires (jusqu'à 40 % dans certaines régions) sont ainsi pris en charge par l'hospitalisation privée. Enfin, nous accueillons des patients « lourds ». Chaque année, notre secteur accueille 124 000 séjours en clinique, quand 50 000 séjours sont pris en charge en centre hospitalier et 200 000 séjours en CHU (source : ATIH).

### **Accompagnement des patients et de la famille**

Nous accueillons 20 % des patients en soins palliatifs et 52 % de la chirurgie carcinologique. Nos professionnels de santé sont impliqués dans les réseaux, les dispositifs d'annonce et le suivi du parcours des patients.

De nombreuses maternités participent à la prise en charge globale des parturientes en amont et aval de l'accouchement.

### **Acteur de santé**

Le secteur privé revendique son positionnement de *services au public* car il assume pleinement son rôle au sein des enjeux de santé publique (urgences,

## VOUS NOUS AVEZ DIT...

Vos préoccupations de managers ont été confirmées par les résultats du questionnaire de satisfaction collectés lors des assemblées générales.

### **VOS 4 ATTENTES**

**1 DÉFENDRE LES INTÉRÊTS DE NOTRE SECTEUR ;**

**2 ÊTRE INFORMÉS ;**

**3 ÊTRE ACCOMPAGNÉS, SOUTENUS ET CONSEILLÉS ;**

**4 ASSURER UN TRAVAIL DE LOBBYING.**

### **VOS PRÉOCCUPATIONS PORTENT SUR**

- > la tarification ;
- > la politique sociale ;
- > les relations avec le corps médical et le recrutement des médecins ;
- > les contraintes réglementaires ;
- > les relations avec les ARS, les enjeux de la régionalisation et la gestion des autorisations

cliniques isolées, participation à la permanence de soins, formation des internes, plan cancer 3, etc.).

## **Action de prévention et d'éducation**

Nos établissements s'impliquent activement dans l'éducation thérapeutique auprès de patients accueillis en service de dialyse, cardiologie, obésité, cancérologie, etc. Nous intervenons en amont et en accompagnement de la prise en charge curative dans une logique de parcours du patient.

## **LA FHP-MCO ŒUVRE SELON 5 AXES**

Débattons au cours des conseils d'administration, 5 orientations principales de la FHP-MCO sont arrêtées.

### **1 ASSURER UN SERVICE DE HAUT NIVEAU AUX CLIENTS/ADHÉRENTS**

Il s'agit tout d'abord d'animer la vie syndicale en respectant les engagements de service pris envers les adhérents. La FHP-MCO s'emploie ensuite à développer l'expertise par domaine d'activité stratégique en s'appuyant tant sur des adhérents *experts* que sur des personnes *qualifiées*.

La FHP-MCO participe à la veille économique, juridique, technologique, sociétale et donne son avis sur ces évolutions impactant les établissements de santé MCO auprès des tutelles et agences publiques.

Elle anticipe les impacts micro-économiques issus des décisions macro-économiques et apprécie les impacts macro-économiques des comportements micro-économiques. Pour cela, elle anime des commissions internes et des groupes de travail *experts*. La FHP-MCO est force de propositions portant sur tous types d'actions à mettre en œuvre qui visent à défendre la profession et promouvoir le rôle de l'ensemble des établissements de santé privés. Elle participe à la réflexion générale sur l'avenir de la profession.

Elle promeut et défend les valeurs et positions de l'hospitalisation privée MCO

en participant aux groupes de travail mis en œuvre par les organismes de tutelles de la profession.

La FHP-MCO informe ses adhérents au fil de l'actualité de toutes les données pouvant influencer sur le fonctionnement de leur établissement. Pour cela, elle anime toutes les réunions thématiques nécessaires à l'amélioration continue des échanges d'expériences entre adhérents.

### **2 PROMOUVOIR UNE POLITIQUE DE LA TRANSPARENCE ET D'ÉQUITÉ**

Les études d'identification des coûts spécifiques des différents secteurs sont aujourd'hui finalisées, et rien ne justifie le maintien d'un différentiel de 22 % d'écart tarifaires. Dans ce contexte, la décision du gouvernement d'abandonner les travaux de convergence tarifaire entre les secteurs public et privé n'est pas acceptable. La FHP-MCO milite pour un financement juste des actes d'une part, et œuvre à la transparence de l'activité en observant la pertinence de nos actes et nos séjours, d'autre part.

La transparence c'est aussi celle financière concernant l'allocation de ressources des Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC) et du Fonds d'intervention régional (FIR) qui représente en montant autant que les dépenses de l'hospitalisation privée MCO, soit 9,3 milliards d'euros.

### **3 ASSURER UNE MUTATION RESPONSABLE**

Avec 29 départements sans maternité, il convient de préparer l'établissement de demain. Celui-ci sera très probablement de deux natures : les activités à temps partiel (chirurgie ambulatoire, séances, etc.) et les activités nécessitant des plateaux techniques (réanimation, unités de soins intensifs cardiologiques, unités de soins continus, etc.).

Ces perspectives sont à analyser et confirmer économiquement et financièrement, il convient de promouvoir le principe de paiement à la performance (P4P). Ce projet se traduit par le soutien de l'expérimentation IFAQ, incitation financière à la qualité. Notre vision du

dispositif IFAQ répond à trois conditions : La première est la définition de critères de qualité ou de résultats partagés entre le régulateur et le prestataire de soins. Ces critères correspondent à l'amélioration de la prestation effectuée au service du patient. Ils doivent être objectifs, le plus simple possible à recueillir et à contrôler, enfin pertinents au regard des objectifs fixés. La deuxième est la définition d'une optimisation tarifaire venant s'ajouter aux principes en place dans le cadre de la Tarification à l'activité (T2A). Si les modalités peuvent être là encore diverses en fonction des expériences internationales, il apparaît légitime de privilégier une recette complémentaire (bonus dans la littérature anglo-saxonne) allouée aux établissements démontrant leur participation effective. La troisième enfin est le principe d'un paiement forfaitaire plus qu'une majoration sélective des tarifs des épisodes de soins concernés, afin de respecter un principe incitatif qualitatif plus qu'une majoration artificielle de certaines activités. Les résultats du dispositif expérimental IFAQ 1 montrent à quel point ce type d'approche peut être bénéfique.

#### **4 ENGAGER NOS ÉTABLISSEMENTS DANS LES GRANDES MUTATIONS DE NOTRE SOCIÉTÉ**

Une implication de nos établissements dans une démarche de développement durable est nécessaire car il faut anticiper les futures réglementations contenues dans les grands plans : la Stratégie nationale de transition écologique vers un développement durable (SNTEDD), le Grenelle 2, le projet de loi de la transition énergétique pour une croissance verte, le Plan national santé environnement 3ème itération, le Plan santé au travail (PST2), la réglementation thermique 2012. Il s'agira de faire connaître et valoir une démarche de développement durable comme un avantage concurrentiel répondant aux attentes des citoyens.

#### **5 VEILLER À L'IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES**

La qualité et le dynamisme de notre corps médical fait la réputation de nos établissements de santé. Une écoute doit

être maintenue et une réflexion conduite sur leurs modalités d'organisation et de rémunération.

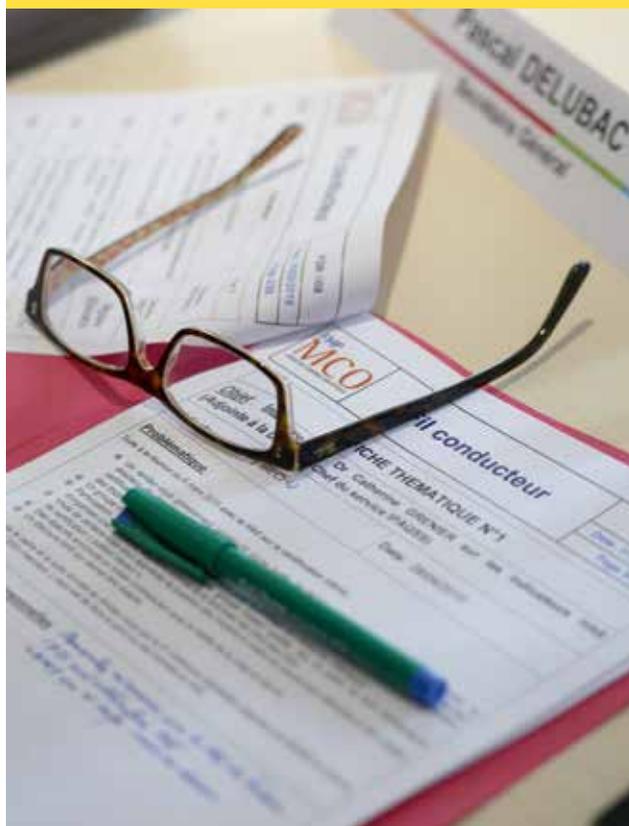
Concernant les tutelles, nous devons être convaincant pour préserver une relation gagnant/gagnant car une demande d'efficience de la part de la tutelle n'est pas compatible avec une réglementation « mille feuilles ».

### **LES CONVICTIONS DE LA FHP-MCO**

La concurrence entre les établissements contribue à l'efficience du système hospitalier. Elle doit cependant être organisée pour obtenir que chaque établissement aligne sa performance sur les meilleurs (coopération privé/privé).

Les établissements jouissent des mêmes droits et devoirs et sont traités dans les mêmes conditions par les pouvoirs publics.

La politique syndicale doit s'appuyer sur une politique de communication à la fois de valorisation et de revendication.



# UN BUREAU POUR DÉFENDRE LA PROFESSION



**Ségolène  
BÉNHAMOU**  
Présidente



**Jean-Marc  
FRENEHARD**



**Dr Dominique  
POELS**  
Vice-président



**Marie-France  
GAUCHER**



**Pascal  
DELUBAC**  
Secrétaire général



**Gérard  
REYSSEGUIER**



**Jean-Daniel  
SIMON**  
Trésorier



**Paolo  
SILVANO**



**Dr Marc  
ATTIA**



**Dr Denis  
FRANCK**  
Président de l'AFC-UNHPC



**Béatrice  
CAUX**



**Dr Gilles  
SCHUTZ**  
Président de la FHP Dialyse

Le conseil d'administration  
est composé de 56 membres,  
dont 12 membres du bureau.

## **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'administration sont l'occasion d'arrêter les grandes orientations de la profession, notamment lors du séminaire stratégique annuel organisé en septembre, cette année à Nice.

## **Des groupes d'experts**

Les groupes d'experts constituent un soutien aux instances décisionnaires, bureau et conseil d'administration, afin d'apporter les recommandations et les orientations à prendre sur des sujets tant politiques que techniques.

## **Sont intervenus au CA en 2014 :**

Sophie AT : expert comptable

Marianne BINST : directrice de SANTECLAIR

Gilbert BORG : commissaire aux comptes

Katya CORBINEAU : directrice des relations sociales et des ressources humaines FHP

Dr Gilles HEBRECHT : ministère de la Santé projet Symphonie et facturation hospitalière

Elisabeth HUBERT : présidente de la FNEHAD

Jean-Louis MAURIZI : président de la commission sociale FHP

Marc PARIS : communication du collectif inter-associatif sur la santé

### **MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Christophe ALFANDARI  
Romain AURIAC  
Christophe BAILLET  
Yves BARBREAU  
Gérard BARON  
Isabelle BIELLI NADEAU  
Sophie BORDIER (remplacée par  
Hervé GOURGOUILLON)  
Dominique BOULANGÉ  
Eric CALDERON  
Philippe CARBONEL  
Maxime CARLIER  
Alain CARRIÉ  
Dr Ange CUCCHI  
Pierre de VILETTE  
Stéphan de BUTLER

Aimery DELEFLIE  
Fabrice DERBIAS  
Christine DERMER  
Danièle DEVAUCHELLE  
Sophie DOSTERT  
Jean-Luc DUBOIS  
Isabelle DUMONT DA SILVA  
Dr Jean-Pierre FOULON  
Frédérique GAMA  
Jean-Henri GAUTIER  
Christian GUICHARD  
Maylis GUIGUEN  
Vincent LACOMBE  
Philippe LEVACHER  
Stéphane LOCRET  
Dr Anne MALLET

Daniel MAZEROLLE  
Patrick MERLIN  
Patrick MIGNOT  
Sébastien MOUNIER  
Henri NAGAPIN  
Yves NOEL  
Dr Max PONSEILLÉ  
Laurent RAMON  
Denis ROUDIL (remplacé par  
Jean-Michel NABIAS)  
Yvan SAUMET  
Philippe SOUCHOIS  
Olivier VERRIEZ  
Patrick WISNIEWSKI

Lamine GHARBI  
a présidé d'une  
main de maître le  
syndicat national  
FHP-MCO durant  
deux mandats,  
2008-2014.

*Un immense merci!*



# SYNDICAT PARTENAIRE FHP DIALYSE UNE MOBILISATION NECESSAIRE

« **A**u cours de l'année 2014, les dossiers qui ont mobilisé le plus notre attention ont été ceux du PLFSS 2015, de la campagne tarifaire et du projet de loi de Santé. Nous avons déposé des amendements au PLFSS 2015 mais qui n'ont malheureusement pas été repris. Concernant le projet de loi, la FHP dialyse a partagé avec les autres composantes de la FHP, la même volonté de faire infléchir le gouvernement et d'obtenir le retrait total du projet de loi de Santé. Ce projet tourne la page de la loi HPST et inscrit le service territorial dans la loi en recentrant l'offre de soins sur le service public ; il programme une exclusion progressive des établissements de statut privé. Heureusement les principaux dangers du projet de loi, grâce à la mobilisation de tous sont écartés et nous attendons en septembre prochain le vote du Sénat. Concernant la campagne tarifaire 2015, préparée les derniers mois de l'année 2014, c'est une fessée tarifaire magistrale pour l'élève le plus efficient ! Pour ce qui nous concerne, c'est une baisse de tarifs pour la dialyse en centre de -4,79 % et de -3,33 % pour le hors-centre que nous devons absorber. Nous sommes atterrés de constater que nous sommes revenus au niveau des tarifs de 1993 ! Nous condamnons une vision purement comptable sans vision stratégique claire de la prise en charge. Le gouvernement a



**« La crise économique et politique que traverse notre secteur de l'hospitalisation privée n'épargne en rien celui de la dialyse ! »**

DR GILLES SCHÜTZ,  
PRÉSIDENT  
DE LA FHP DIALYSE

affiché sa volonté politique de déployer la dialyse de proximité par une politique incitative ces dernières années et maintenant, par une baisse de tarif inconsidérée, il coupe les ailes des petites unités de dialyse qui risquent de disparaître alors qu'elles répondaient parfaitement aux objectifs fixés. Enfin, alors que les tarifs public/privé avaient été alignés en 2012, la campagne 2015 réintroduit une divergence de 11 euros.

Si notre financement baisse, nos charges peuvent-elles baisser ? Depuis un an et demi, la FHP Dialyse travaille d'arrache-pied pour obtenir une simplification des normes de fonctionnement sans compromis sur la qualité de soin. Car aucun pays au monde n'a une telle sur-réglementation et une telle multiplication de normes et de modalités de fonctionnement que nous. Il est nécessaire de revoir la réforme réglementaire de 2002, et à l'instar de la chirurgie ambulatoire, de passer d'une approche par des normes de moyens à celle



**Les 12 administrateurs  
à votre service,  
élus le 17 décembre 2014.**

par des normes de compétences. Cette simplification des normes administratives ne signifie en rien une remise en cause de la qualité des soins. La FHP Dialyse a été sollicitée par le ministère pour faire des propositions de simplification. Cette démarche vise à redonner un peu de souplesse de fonctionnement et des marges de manœuvre aux établissements. Malheureusement, nous sommes aujourd'hui devant un mur d'oppositions tant du secteur public, que des ESPIC, des associations de patients et enfin de certains de nos propres praticiens libéraux. Comment améliorer nos performances dans ces conditions ? Les deux années à venir de baisse tarifaire prévue seront à hauts risques. Dans ce contexte, nous attendons les réactions officielles des représentants de patients que nous escomptons clairement à nos côtés pour défendre la qualité de prise en charge assurée par nos centres.

La FHP Dialyse a participé et continuera à participer aux actions décidées par le Comex de la FHP mais entend développer des actions de communication sur le moyen et long terme pour convaincre nos partenaires et nos patients de la nécessité d'une mobilisation commune et forte ».



**Infodialyse,  
la newsletter  
électronique  
trimestrielle  
lancée en  
décembre  
2014 : un  
lien avec nos  
adhérents.**

## **VOUS LES AVEZ ÉLUS LE 17 DÉCEMBRE 2014 : 12 ADMINISTRATEURS SONT À VOTRE SERVICE.**

Dr Marc Attia  
Philippe Auvray  
Sophie Bordier\*  
Guillaume Burdin  
Catherine Fulpin  
Hervé Gourgouillon  
Vincent Lacombe  
Stéphane Liévain

Stéphane Locret  
Jeanne Loyher  
Dr Gilles Schutz  
Sébastien Tournebize

\* Remplacé  
par Jean Marc Cabanel.

# SYNDICAT PARTENAIRE **AFC-UNHPC** DÉFENDRE LA PROFESSION

« **L**es spécificités des prises en charge de la cancérologie privée se sont tout d'abord, les équipes médicales.

Sur le plan chirurgical, ce sont des praticiens confirmés qui exercent dans nos établissements. La plupart sont d'anciens chefs de cliniques, ils prennent en charge eux-mêmes l'acte chirurgical et le suivi de leurs patients. Il en est de même pour les radiothérapeutes et les oncologues médicaux. De plus, le fait de travailler dans des équipes à taille humaine leur facilite l'indispensable collaboration entre spécialités, et la notion de « réunion de concertation pluridisciplinaire » pour décider d'une séquence de traitements, était en place dans certains de nos établissements bien avant l'obligation par la loi. Il y a donc chez nous une pratique de la concertation !

En revanche, il ne faut pas méconnaître nos difficultés, celles de tout notre secteur en ce qui concerne le financement de nos activités. Les soins de support sont mis en œuvre, malgré des subventions non pérennes, les techniques innovantes ne sont rémunérées par la sécurité sociale que bien des années après leur utilisation en routine par nos équipes médicales (biologie moléculaire pour les anapaths, radiologie interventionnelle et radiothérapie). En octobre, nous avons lancé avec la FHP-MCO une série : un *Fil rose* à l'occasion du dépistage du cancer du sein et en



« **Le prendre soin s'impose en cancérologie comme une même obsession que celle de soigner !** »

DR DENIS FRANCK, PRÉSIDENT DE L'AFC-UNHPC



DR ANNE MALLET, SECRÉTAIRE NATIONAL DE L'AFC-UNHPC

mars 2015 un *Fil bleu* pour celui du cancer du côlon. C'est une excellente initiative qui met le focus sur la prévention et le dépistage, d'une manière beaucoup moins administrative. Toute une série d'initiatives ludiques viennent dédramatiser la prévention, et induire de façon indirecte un réflexe de dépistage.

Le *prendre soin* s'impose en cancérologie comme une même obsession que celle de soigner. Les traitements du cancer génèrent un grand nombre d'effets secondaires difficiles à vivre pour les patientes : angoisse, changements corporels radicaux (ablation du sein, alopecie, prise de poids ou perte de poids), fatigue, douleur, sans compter les soucis d'ordre sociaux induits par cette prise en charge lourde. Des soins dits de support sont mis en œuvre dans l'ensemble de nos structures pour aider les patientes à vivre avec ces difficultés. Grâce aux formidables progrès des traitements contre le cancer, environ trois millions de personnes guérissent et

réorganisent leur vie après un cancer... mais pas sans rencontrer de nombreuses difficultés. La récente étude de l'INCa *La Vie 2 ans près un diagnostic de cancer* souligne que 3 patients sur 5 estiment avoir des séquelles de leurs traitements, essentiellement des douleurs et une fatigue chronique. Leur situation professionnelle est globalement dégradée deux ans après l'établissement du diagnostic. Près de 10 % des patients estiment avoir subi des discriminations de la part de leur entourage, et 25 % notent un coût financier de la maladie à cause des soins ou des aides non pris en charge par l'assurance maladie, des pertes de revenus professionnels, ou encore des difficultés à obtenir un emprunt. Enfin, le désir de parentalité, d'accès à la procréation et leur sexualité restent des sujets extrêmement tabous. C'est dire s'il est nécessaire que nos équipes et nos établissements prennent en charge l'après cancer. »

**2014, UNE ANNÉE IMPORTANTE POUR L'AFC-UNHPC**

En mars, les statuts ont été modifiés et ont permis d'intégrer les représentants de différents syndicats médicaux au bureau. Il se réunit tous les mois et a permis, par exemple, de rédiger des recommandations à l'attention des ARS pour l'utilisation des fonds FIR pour la rémunération de la participation de praticiens libéraux aux RCP. Autre temps particulier en mars, le Dr Denis Franck a succédé au Dr Bernard Couderc qui a présidé le syndicat plusieurs années. Avec le Dr Anne Mallet, secrétaire nationale, le souhait de l'AFC-UNHPC est d'être à la disposition des adhérents et de répondre à leurs demandes le plus rapidement et le plus précisément possible. Ainsi, en 2014, 70 réponses circonstanciées ont été apportées. Parmi les projets en cours, et qui vont se développer pour les années à venir, nous souhaitons nous organiser pour soutenir les établissements et les équipes médicales dans la structuration de leurs équipes de recherche clinique. En effet, un axe majeur du plan cancer 3 préconise l'augmentation des inclusions de patients dans ces protocoles, et le secteur privé dispose d'une file active très importante.

La mise en œuvre des mesures du plan cancer nous a également fortement mobilisés, avec l'installation de différents groupes de travail par l'INCa et la DGOS. Ceux-ci vont se poursuivre jusqu'en 2018. Nous sommes présents pour défendre notre profession, dans une période où le « tout public » est prédominant.



**LA CANCÉROLOGIE LIBÉRALE ET PRIVÉE**

500 établissements de santé privés disposent d'au moins une autorisation en cancérologie, dont 200 qui ont une autorisation pour la chirurgie en cancérologie et la chimiothérapie et 48 qui disposent d'une autorisation de radiothérapie.

Près d'un patient sur deux atteint de cancer est pris en charge pour l'ensemble de ses traitements dans le secteur privé et libéral.

Le secteur privé prend en charge :

- > 52 % des radiothérapies (48 % des cancers du sein en radiothérapie)
- > 45,2 % des actes en chirurgie carcinologique
- > 31,6 % des chimiothérapies
- > 25,1 % des séjours en médecine pour une prise en charge d'un cancer

## GROUPE EXPERT NAISSANCE

# La naissance, une affaire privée !

“

« Il faut arrêter l'hémorragie : 29 départements déjà sans maternités privées n'est pas acceptable en France ! »



« Nous serons une vitrine des maternités privées mais nous serons également combatifs ! » Comme précédemment, ce groupe expert naissance demeure l'interlocuteur de la commission naissance du ministère de la Santé à laquelle siègent tous les acteurs publics et privés, médecins et établissements, de la naissance.

Nous avons vocation à constituer une vitrine pour les maternités privées dont les initiatives et les réponses aux évolutions médicales, sociales et culturelles sont bien souvent méconnues des pouvoirs publics mais également du grand public. Nous souhaitons promouvoir cette liberté de choix des parturientes de leur lieu d'accouchement et mettre en valeur notre secteur. Parallèlement, notre groupe

d'expert naissance sera combatif et mettra en œuvre les outils nécessaires pour éviter les menaces qui pèsent sur l'activité des maternités privées. Le monde de la périnatalité est en pleine mutation. Nos maternités disparaissent et n'assurent plus que 25 % des accouchements aujourd'hui contre 40 % il y a 20 ans. Les regroupements se font systématiquement à l'avantage des maternités publiques.

Nous suivrons de très près l'évolution du dossier des maisons de naissance, du programme PRADO, du projet personnalisé de naissance, des espaces physiologiques, de l'ouverture des plateaux techniques et de l'évolution des métiers de la naissance. Nous serons également proactifs en direction de nos tutelles concernant un travail de fond de simplification des normes en obstétrique et de la reconnaissance des maternités comme sites d'urgences avec la reconnaissance tarifaire adaptée.

Dès l'année dernière, nous souhaitons créer un Club de la naissance avec pour fil conducteur le parcours de soins de la parturiente du début de sa grossesse à 30 jours post accouchement. Ce sera l'un de nos objectifs 2015.



**GÉRARD REYSEGUIÉ**  
DIRECTEUR GÉNÉRAL, CLINIQUE SARRUS  
TEINTURIERS, TOULOUSE

**MARIE-FRANCE GAUCHER**  
PDG, POLYCLINIQUE  
DE NAVARRE, PAU



## GROUPE EXPERT JURIDIQUE

# Une stratégie juridique vigilante !

“

« Nous serons les pourfendeurs du "délit de statut" sous toutes ses formes. Ce sera notre feuille de route 2015 ! »

Le secteur a évité le pire en supprimant dans la loi de Santé l'absence de lien entre appartenance au Service public hospitalier (SPH) et la délivrance des autorisations et obtenu l'association au SPH pour les établissements qui possèdent un service d'urgences. Toutefois, il convient de rester offensif sur les contrôles de la surcompensation des établissements privés et l'absence de considération d'une manière générale pour le secteur privé. Huit textes retiennent particulièrement notre attention concernant les pharmacies à usage unique (conciliation médicamenteuse), les actes infirmiers au bloc opératoire (décret IBODE), les

financements des établissements isolés, les tarifs et forfaits MCO 2015 (MIG et FIR équitables), la dégressivité tarifaire, les médicaments génériques. Le groupe expert juridique travaille en étroite collaboration avec le pôle juridique de la FHP-MCO et avec les fédérations régionales. Il impulse et pilote la stratégie juridique du syndicat. La FHP travaille sur les grands axes, nous œuvrons sur les dossiers qui font notre quotidien.

« Face aux arbitrages iniques de nos tutelles et face aux décisions discriminatoires dont nos établissements sont régulièrement victimes, la FHP-MCO choisit une riposte contentieuse et lance l'opération "1000 recours" pour faire respecter l'équité de traitement entre les établissements de santé publics et privés. Nous serons les pourfendeurs du "délit de statut" sous toutes ses formes. Ce sera notre feuille de route 2015 ! »



**PASCAL DELUBAC**  
DIRECTEUR RÉGIONAL MÉDIPÔLE-  
PARTENAIRES ET PRÉSIDENT DE LA  
FHP LANGUEDOC-ROUSSILLON

**PAOLO SILVANO**  
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL  
DE VIVALTO SANTÉ



## GROUPE EXPERT QUALITÉ

# Une démarche politique avant tout !



« Notre groupe expert qualité concentre l'expertise technique, la connaissance du terrain et la vision politique de notre secteur. »



Notre groupe expert qualité doit être d'une part une boîte à idées vivante et d'autre part, le lieu où les positions de la FHP-MCO portées par l'équipe de permanents auprès des instances de tutelle, soient analysées et entérinées d'un point de vue politique. Nous veillerons à ce que ce groupe soit notamment un véritable relais, voire un levier de la collaboration de notre secteur MCO privé avec la HAS. Nous avons vocation à devenir une vraie cellule de réflexion politique pour notre syndicat face aux évolutions voulues par les tutelles, doublée d'une expertise technique sans faille. Les demandes des tutelles sont permanentes (courrier de sortie, nouvelle fiche RCP projetée par l'INCa et l'ASIP, etc.) et nos réponses techniques précises ne doivent jamais se départir d'une vision globale et politique de défense de notre secteur. L'expertise de terrain des membres du groupe est essentielle mais sera complétée par celle des adhérents grâce à leurs nombreux retours de terrain car la qualité, outre un concept auquel tous adhèrent, c'est avant tout une mise en œuvre opérationnelle sur site.



La question des indicateurs occupera toute notre attention. Comment les limiter à ce qui est nécessaire et utile ? Doivent-ils être des indicateurs de résultat qui alimentent un carcan règlementaire et nous poussent vers une médecine fonctionnant sur un mode hospitalier centralisé, rigide et de plus en plus complexe ? Ou des indicateurs de résultats permettant une évolution des normes vers leur simplification pour nombre d'entre elles ?

Mais notre feuille de route comporte également d'autres questionnements. Quel impact peut avoir le remplacement à court terme de la partie qualité du CPOM par le compte qualité ? Comment

limiter les impacts négatifs pour nos établissements du lien inscrit dans la loi, entre certification et autorisation ou financement ? Ou encore, comment faire remonter à la HAS les difficultés des établissements dans leur démarche qualité et accélérer la simplification et l'harmonisation de la certification 2014 ?

Parce que la problématique de la qualité le requiert, notre groupe expert qualité concentrera l'expertise technique, la connaissance du terrain et la vision politique de notre secteur.

**GÉRARD REYSEGUIÉ**  
DIRECTEUR GÉNÉRAL, CLINIQUE  
SARRUS TEINTURIERS, TOULOUSE

**DR MARC ATTIA**  
DIRECTEUR, GROUPE IN VIVA



## De la nécessaire optimisation de nos organisations...

“

« Plus que jamais notre survie dépend de la maîtrise de nos charges d'exploitation. »

« Nous sommes des managers et nous souhaitons partager les idées, les pratiques nouvelles ou originales utiles au bénéfice de notre profession dans le cadre d'un vrai travail syndical. En somme, ce sont des directeurs de cliniques qui partagent leurs expériences avec leurs pairs de façon opérationnelle dans la perspective d'une nécessaire optimisation de chacune de nos organisations individuelles d'une

part et du développement collectif de notre secteur d'autre part. »

Un processus industriel d'organisation très tendu, une augmentation des volumes d'activité corrélée à une diminution des marges opérationnelles et un cadre réglementaire très contraint, nous obligent à repenser nos organisations. Plus que jamais notre survie dépend de la maîtrise de nos charges d'exploitation à commencer par le coût de la masse salariale. Il ne s'agit pas de travailler à l'optimisation des achats qui reste l'expertise des centrales ou des groupements d'achats mais de mettre en

commun des expériences de pratiques et de process, de s'appuyer sur des travaux déjà réalisés et d'en retirer des recommandations « métier ».

De façon successive, les environnements suivants seront étudiés et analysés : pharmacie d'établissement ou pharmacie centrale, stérilisation d'établissement ou centrale, plateau technique et équipements onéreux, chirurgie et médecine ambulatoires, cabinets de consultations...

**JEAN-MARC FRÉNEHARD**  
DIRECTEUR, GROUPE COURLANCY

**BÉATRICE CAUX**  
DIRECTRICE,  
HÔPITAL PRIVÉ PARLY II



## GROUPE EXPERT ACTIVITÉ

# Les services de réanimation dans les établissements de santé privés sont-ils rentables ?

“

« Nous pouvons retenir que la perte financière pour l'établissement est inversement proportionnelle à la taille du service et au taux d'occupation. »



Ce groupe continuera notamment les travaux menés en 2014 par la « commission réanimation soins intensifs, USC » qui a produit une étude comparative des scores TISS-28 et I-TISS dans les USC en vue d'une éventuelle évolution de la facturation. « Nous avons démontré qu'il n'y avait pas de divergence entre les 2 scores, alors, nous pouvons avancer que le score le plus simple à saisir, le TISS-28 à J1, est suffisant » affirme le Dr Philippe Tourrand. Pour mémoire, lors de l'étude 2010-2011 menée à grande échelle sur le TISS-28 pour les séjours médicaux et chirurgicaux, 62 établissements avaient participé (1637 séjours chirurgicaux – 7396 scores). Etant donné la lourdeur du recueil

demandé, notamment pour l'I-TISS, la commission avait décidé dans cette deuxième étude de ne s'intéresser qu'aux séjours chirurgicaux. 22 établissements volontaires ont permis l'analyse de 633 séjours et 2176 scores TISS-28 et 2177 scores I-TISS : les résultats sont cohérents avec ceux de l'étude précédente. Le score TISS-28 moyen est de 16.1 et le score I-TISS moyen de 18.8.

En respectant la méthodologie 2007 du Baqimehp, une étude de coûts de la réanimation menée sur un établissement confirme l'insuffisance de tarification 2014. Compte tenu des lourdes charges fixes et variables, « nous pouvons retenir que la perte financière pour l'établissement est inversement proportionnelle à la taille du service et au taux d'occupation. Toutefois, la plus-value d'une telle unité est réelle en direction des patients et des médecins correspondants. En direction des tutelles, elle permet un meilleur positionnement pour développer de nouvelles activités et autorisations » déclare le Dr Tourrand. L'étude menée par le Baqimehp en 2007 mérite d'être actualisée sur plusieurs établissements



**BÉATRICE CAUX**  
DIRECTRICE,  
HÔPITAL PRIVÉ PARLY II

**DR PHILIPPE TOURRAND**  
PDG, CLINIQUE LOUIS PASTEUR,  
ESSEY-LÈS-NANCY



## Repenser les relations établissements de santé privés et médecins libéraux

“

*« C'est à nous, directeurs d'établissement, de travailler à rendre nos établissements attractifs auprès des médecins libéraux et d'assurer ainsi l'avenir de nos structures. »*

En 25 ans la place et le rôle des médecins libéraux dans nos établissements se sont profondément modifiés : de « propriétaires », ils sont devenus « prestataires ou partenaires ». Ils ne sont plus les candidats naturels du rachat de leur outil de travail

et leur relation au travail a considérablement évolué.

Le syndrome des 35 heures les a rattrapés et il tient du miracle qu'ils acceptent

d'assumer des gardes et des missions transversales non rémunérées. Comment réinventer notre communauté d'intérêt ? C'est à nous, directeurs d'établissement, de travailler à rendre nos établissements attractifs auprès des médecins libéraux et d'assurer ainsi l'avenir de nos structures.

Il conviendra d'inventer une nouvelle modélisation de la rémunération des praticiens, d'œuvrer à la reconstruction de leur image

parfois altérée, de repenser avec eux leurs conditions de travail, de redéfinir leur place et pouvoir au sein de nos organisations et enfin de les soutenir dans leur carrière scientifique voire d'en créer les conditions. Seules les idées un peu folles sont belles... rendons les médecins heureux et nous le serons aussi ! C'est l'objet de notre groupe d'expert promotion de la médecine libérale.



**DR DOMINIQUE POELS,**  
PDG, CLINIQUE DE L'EUROPE,  
ROUEN

**DR MARC ATTIA**  
DIRECTEUR, GROUPE IN VIVA







# ASSURER UN SERVICE ADHÉRENT DE HAUT NIVEAU

# UNE ÉQUIPE DE PERMANENTS AUJOURD'HUI À « MATURITÉ »

## Délégué général



### Thierry BECHU

[thierry.bechu.mco@fhp.fr](mailto:thierry.bechu.mco@fhp.fr)  
**01 53 83 56 55**

Thierry Béchu, délégué général. Il agit sur mandat du conseil d'administration et de la présidence du syndicat. Il met en musique et en perspective le travail de l'équipe de permanents.

## Vos juristes

Le pôle juridique de la FHP-MCO  
suit les procédures en contentieux.



### Fatiha ATOUF

[fatiha.atouf.mco@fhp.fr](mailto:fatiha.atouf.mco@fhp.fr)  
**01 53 83 56 80**

Fatiha Atouf suit pour vous plus précisément l'évolution :

- > des normes réglementaires ayant traits aux activités de : médecine/chirurgie, chirurgie ambulatoire, chirurgie esthétique, cancérologie, PDSSES/urgences, réanimation, soins intensifs, surveillance continue, télémédecine, PUI, recherche médicale, relations laboratoires pharmaceutiques ;
- > les CPOM, CBUM, les contrôles T2A et les contentieux financements, les enquêtes et indicateurs ;
- > les redevances et TVA, les normes administratives.

**Fatiha est également référente des groupes experts « Promotion de la médecine libérale », « Juridique » et en charge des relations avec les représentants des usagers.**



### Pauline MENCHON

[pauline.menchon.mco@fhp.fr](mailto:pauline.menchon.mco@fhp.fr)  
**01 53 83 56 59**

Pauline Menchon s'attache à suivre l'évolution :

- > des normes réglementaires ayant traits aux activités de chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, gynécologie-obstétrique, naissance, éducation thérapeutique, imagerie médicale, laboratoire de biologie médicale, soins palliatifs, dialyse, etc. ;
- > des dossiers médicaux et archivage, informatique et libertés ;
- > des contentieux patients.

**Pauline est également la référente du groupe experts « naissance », du groupe de travail « sages-femmes » et de la FHP Dialyse.**

## Votre conseillère médicale



### Dr Michèle BRAMI

[michele.brami.mco@fhp.fr](mailto:michele.brami.mco@fhp.fr)  
**01 53 83 56 58**

Le Dr Michèle Brami est à votre disposition pour vous soutenir sur de nombreuses préoccupations à orientations médicales. Le Dr Brami veille à l'évolution :

- > de l'information médicale (PMSI, classification GHM, tarification, etc.), des nomenclatures (CCAM, NGAP,...), de la convention médicale, des contrôles et inspections T2A.

## Vos économistes

Le pôle économique suit les questions économiques relatives aux financements et aux règles de facturation des établissements de santé et à la campagne tarifaire.



### Laure DUBOIS

[laure.dubois.mco@fhp.fr](mailto:laure.dubois.mco@fhp.fr)  
**01 53 83 56 57**

Laure Dubois est attentive particulièrement à l'information médicale (PMSI, classification GHM, tarification,...), au financement à la qualité (IFAQ), et à la surveillance continue/soins intensifs/réanimation.

**Laure est également la référente du groupe experts « qualité », « activités », du groupe de travail « classification des GHM » et du Club des médecins DIM.**



### Thibault GEORJIN

[thibault.georjin.mco@fhp.fr](mailto:thibault.georjin.mco@fhp.fr)  
**01 53 83 56 75**

Thibault Georjin suit précisément les études économiques et les travaux de l'ENC, les tableaux de bord et les bases de données (PMSI, SAE, etc.), MIGAC, MERRI, FIR, et l'environnement économique des soins palliatifs.

**Thibault est également le référent du groupe experts « optimisation des organisations » et du Club des soins palliatifs.**

## Votre secrétaire générale et votre assistante



### Séverine DEFOSSÉ

[severine.defosse.mco@fhp.fr](mailto:severine.defosse.mco@fhp.fr)  
**01 53 83 56 86**

### Karine DESLANDES

[karine.deslandes.mco@fhp.fr](mailto:karine.deslandes.mco@fhp.fr)  
**01 53 83 56 87**



Elles sont le pivot de la FHP-MCO et souvent votre premier contact au syndicat. Elles organisent tous les événements du syndicat (Journées thématiques, Convention, conseils d'administration, bureaux,...). Elles gèrent les relations avec les partenaires communication et suivent les campagnes de communication. Elles sont les gardiennes de la base de données adhérents, et pilotent le fonctionnement interne (contrats, facturation, comptabilité, etc.). Enfin, elles gèrent les rendez-vous de la présidence et délégation générale.

## Des prestataires en communication complètent le dispositif



Communication :  
BVM Communication  
Véronique Molières  
[vmolieres@bvm-communication.com](mailto:vmolieres@bvm-communication.com)



Relations presse :  
Agence Wellcom  
Isabelle Gandon  
[ig@wellcom.fr](mailto:ig@wellcom.fr)



Communication digitale :  
Be Angels  
Myriam Carville  
[myriam.carville@be-angels.com](mailto:myriam.carville@be-angels.com)

# ANTICIPER ET AGIR

Les équipes d'élus et de permanents travaillent. Ils vous informent et anticipent les écueils qui guettent la profession afin de lui offrir une longueur d'avance, chaque fois que possible...

## VOUS INFORMER ET VOUS RÉPONDRE

### 50 dépêches juridiques diffusées

Informers les adhérents et les délégations régionales de l'actualité juridique contribue à améliorer la défense des établissements. Au 31 décembre 2014, 50 dépêches émanant du pôle juridique de la FHP-MCO ont été adressées. Ces dépêches suivent l'activité juridique et permettent à ses destinataires de suivre l'actualité législative et réglementaire, très dense dans le secteur sanitaire. Elles ont notamment porté sur l'indicateur I-SATIS, les contrôles T2A, la facturation des transports secondaires définitifs réalisée par SMUR ou encore sur les modalités de facturation des actes externes réalisés par les médecins salariés.

### 900 réponses juridiques apportées

Ces réponses aux questions des adhérents nécessitent une réelle expertise juridique sur les normes sanitaires. Il s'agit également d'accompagner les établissements dans la vie de leurs autorisations d'activité mais également dans les différents contentieux auxquels ils sont confrontés. Droit des usagers, contrôles T2A, application de la TVA, demande de financement MIGAC, normes de fonctionnement sont autant de thématiques sur lesquelles le pôle juridique a accompagné les établissements.

### 20 fiches réflexes juridiques

Le pôle juridique prend part à de nombreuses réunions de travail organisées par les tutelles. Il rend compte de ces réunions par des fiches réflexes qui détaillent, notamment, la liste des participants et l'ordre du jour. De plus, elles font état des décisions prises ou de l'avancée des travaux. Ces fiches constituent de véritables outils de veille stratégique sur les orientations à attendre dans le secteur sanitaire. Elles sont accessibles aux administrateurs FHP-MCO, ainsi qu'aux présidents et délégués de régions. Au cours de l'année 2014, 20 fiches réflexes ont été communiquées par le pôle juridique. Elles avaient notamment pour objet l'enquête périnatale qui sera mise en œuvre au cours de l'année 2016, la simplification des normes, les modalités de facturation des actes externes des médecins salariés ou encore le bordereau S3404.

### 80 dépêches économiques diffusées

Informers les adhérents et les délégations régionales de l'actualité concernant le financement contribue à améliorer la défense des établissements. Ainsi, en 2014, le pôle économique a adressé 80 dépêches à l'attention des adhérents de la FHP-MCO. Nous nous sommes attachés à ce que les informations transmises soient 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. 55 dépêches ont porté sur le financement et la tarification des établissements, la campagne tarifaire de l'année en cours (arrêté prestation, tarifaire, circulaires de campagne, coefficient prudentiel ...), le financement des MIGAC, les informations relatives aux bonnes pratiques de codage de l'ATIH, le programme IFAQ, ou encore les mises à jour de la liste LPP ou la publication des rapports ministériels. 25 dépêches ont été consacrées à l'actualité de la fédération, à l'organisation des réunions du Club des soins palliatifs, du Club des médecins DIM et de la journée thématique MIG - FIR

### **300 réponses économiques apportées**

Ces 300 questions posées par les adhérents en 2014 nécessitent une expertise économique. 47 % d'entre elles concernent les tarifs et la facturation. Elles ont notamment porté sur les réformes et les enjeux de la campagne tarifaire 2014 comme le coefficient prudentiel, la facturation de l'activité externe des médecins salariés ou la dégressivité. Pour 8 %, elles portaient sur les données PMSI. Un travail chronophage qui nécessite une analyse des bases de données PMSI

**47% des questions économiques concernent les tarifs et la facturation.**

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

ou SAE (taux de fuite, données d'activité, tableaux de bord, etc.).

Pour 4 %, les questions concernaient 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 les ICR. Le reste des questions concerne les dossiers MIGAC, le FIR, ou encore le programme IFAQ, Incitation financière à l'amélioration de la qualité.

### **34 fiches réflexes économiques**

A chaque réunion organisée par les tutelles, correspond sa fiche ! Les fiches sont ensuite adressées aux administrateurs de la FHP MCO, ainsi qu'aux présidents et délégués de région, 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.

### **Le pôle éco au long cours**

Le 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

La campagne tarifaire est un sujet central pour le pôle économique tant en amont qu'en aval.

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.

En 2014, d'importants travaux ont été menés dans le cadre de la négociation du compromis de sortie de crise. Ces travaux ont porté sur les effets revenus cumulés des dernières campagnes tarifaires, mais également sur l'évolution de la prise en charge en ambulatoire.

### **60 réponses médicales apportées**

Pour sa part, le médecin conseil a répondu à plus de 60 questions posées par les adhérents, dont un quart était traité après concertation étroite avec le pôle économique et/ou le pôle juridique.

Ces questions portaient essentiellement sur le codage PMSI, la CCAM, les contrôles T2A, les conditions d'autorisation de certaines activités.

Certains travaux d'analyses de données ou une clarification de certaines mesures ou situations complexes ont également été réalisés par le médecin conseil, quelques fois à la demande de fédérations régionales (par exemple : état de l'offre de soins en cardiologie interventionnelle en Champagne-Ardenne).

**CE SONT 1260 QUESTIONS AUXQUELLES L'ÉQUIPE DE LA FHP-MCO A RÉPONDU DE FAÇON CIRCONSTANCIÉE.**

## **DES TRAVAUX AVANCENT**

### **Lancement d'IFAQ 2**

Le groupe IFAQ composé de représentants de la DGOS, la HAS, COMPAQ, et des fédérations hospitalières s'est réuni 7 fois en 2014 pour avancer dans la conception du modèle IFAQ. La 1<sup>re</sup> partie de l'année a été uniquement consacrée à finaliser le modèle pour la 1<sup>re</sup> phase du modèle IFAQ. Avec la décision de poursuivre l'expérimentation en 2015 pour développer un modèle adapté au recueil bisannuel, le groupe a ensuite travaillé en parallèle sur le modèle IFAQ 1 (règles du jeu concernant la cotation des composantes et la valorisation) et sur le modèle IFAQ 2 (appel à candidatures et présentation des composantes). A la fin de l'année, les résultats de la 1<sup>re</sup> phase de l'expérimentation IFAQ (IFAQ 1) ont été présentés au groupe de travail, ainsi que les premiers travaux de l'évaluation du modèle (analyse qualitative, évaluation du rôle de certaines variables dans les différences observées du score IFAQ).

### **Evolution de la classification**

La FHP-MCO participe au comité technique MCO de l'ATIH qui 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. Les travaux 2014 pour la classification 2015 ont principalement porté sur 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), la révision de la CMD 17 « Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus », la question du codage du diabète déséquilibré, le groupage des séjours avec chimio-embolisation hépatique, et le traitement des séjours avec utilisation de la technique dite du « ganglion sentinelle » lors du traitement du cancer du sein. Le comité technique s'est réuni à trois reprises en 2014.

### **Les équilibres de la campagne tarifaire**

Le comité de pilotage MCO de la DGOS a



présenté la campagne tarifaire 2014 dans ses grands équilibres et les principales orientations de la politique tarifaire 2014 : taux d'évolution des tarifs, décret relatif au coefficient prudentiel, classification et arrêtés prestations.

### **Coder les diagnostics associés**

Ce sous-groupe est issu du comité technique MCO de l'ATIH. Il a été créé pour traiter des modalités de codage des diagnostics associés. Toutefois, compte tenu de l'évolution des besoins, l'ATIH a proposé, en 2014, de le redéfinir avec comme objectif de poursuivre les travaux menés jusqu'à présent mais aussi d'assurer le travail technique préparatoire en amont des comités techniques, ce qui offre la possibilité d'expertiser l'ensemble des questions dans leur diversité avant présentation au comité technique. Ainsi, alors qu'il s'était peu réuni en 2013, 4 réunions ont eu lieu en 2014 avec une meilleure articulation avec le comité technique MCO. Un sujet majeur a été celui du codage de la précarité dans le PMSI, dans le cadre de la réflexion en cours sur l'évolution du modèle de financement de

la MIG précarité. L'objectif recherché est d'améliorer ce financement lié à la précarité en améliorant le recueil de l'information au moyen des codes CIM-10. Il n'est pas question dans ce groupe du financement de la précarité mais uniquement du recueil via le PMSI. Les travaux ont consisté à sélectionner des extensions de codes CIM 10 proposées par l'ATIH et à améliorer les consignes de codage. Un autre sujet a été les modifications apportées aux codes de résistance aux traitements antibiotiques et leur consigne d'utilisation. Ce sous-groupe s'est réuni à quatre reprises en 2014.

### **Evolution de la liste en sus des DM**

L'objet de ce groupe opérationnel de la DGOS est d'exposer les travaux concernant la recommandation d'inscription et de radiation des dispositifs médicaux de la liste en sus. Il permet ainsi aux fédérations d'avoir une visibilité sur les risques de radiation de dispositifs médicaux de la liste en sus. 5 classes de dispositifs médicaux ont été à l'étude en 2014, soit potentiellement 200 codes LPP. 4 de ces classes ont été jugées éligibles à la réintégration dans les GHS pour la campagne tarifaire 2015 :

5 classes  
de dispositifs  
médicaux ont  
été à l'étude en  
2014.

les implants digestifs pour gastroplastie (7 Codes LPP concernés), les anneaux valvulaires cardiaques (3 Codes LPP concernés), les clips artériels (1 Code LPP concerné) et les implants ORL pour la chirurgie de l'oreille interne (11 Codes LPP concernés). Seule la catégorie des implants ou substituts osseux et greffons osseux d'origine humaine, déjà à l'étude en 2013, n'a pas été réintégrée. Enfin, ces réunions ont été l'occasion pour la DGOS de présenter l'évolution des dépenses de la liste en sus ainsi que le suivi du nombre de poses de bioprothèses valvulaires (TAVI). Ce groupe s'est réuni à trois reprises en 2014.

### **Evolution de la liste en sus des médicaments**

L'objet de ce groupe opérationnel de la DGOS est d'exposer les travaux concernant la recommandation d'inscription et de radiation des spécialités pharmaceutiques de la liste sus. Cette méthode de travail, qui existe déjà depuis de nombreuses années sur le sujet des DMI, a été mise en place en 2014 pour les médicaments et a ainsi permis d'apporter une certaine visibilité des actions de l'Etat en amont de la mise en œuvre des décisions liées à la campagne tarifaire 2015. De plus, dans le cadre de ce groupe, les fédérations ont été consultées sur la nouvelle recommandation de principe relative à l'inscription et à la radiation des médicaments de la liste en sus. Ce groupe s'est réuni à deux reprises en 2014.

### **Comment financer les TAVI ?**

Ce groupe de travail, mis en place en 2014, a été créé sur l'initiative de la DGOS dans le cadre de réflexions au sein du comité de pilotage MCO ou encore de celles conduites dans le cadre de l'observatoire économique de l'hospitalisation privée. Une part importante de la progression des dépenses de la liste en sus des DMI est liée à l'inscription sur la liste en sus des TAVI (Transcathéter Aortic Valve Implantation) depuis juillet 2012, alors que la prise en charge de cette activité innovante avait fait l'objet d'un GHS majoré dédié de janvier 2010 à juillet 2012. La situation de ce dispositif médical est unique tant du point de vue du financement (ce DM innovant a été financé dans un premier temps par

un GHS dédié, puis inscrit sur liste en sus) que de son encadrement (il a fait l'objet de la première mise en œuvre d'un dispositif d'encadrement spécifique, et d'un registre particulier) ce qui conduit le ministère à vouloir réaliser une étude comparative de ces deux modalités de financement (GHS dédié, liste en sus). Ce groupe s'est réuni à une seule reprise en 2014.

### **L'observatoire des actes réalisés par les médecins**

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 terrain des praticiens pour ce qui concerne le codage de la CCAM. Parallèlement à toutes ces missions, des études sur les praticiens ou sur certaines prises en charge sont effectuées (profil sociodémographique, patientèle,...). Trois réunions ont été organisées en 2014.

### **La méthodologie des ENC évolue**

L'Etude nationale de coûts à méthodologie commune 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 de la DGOS et l'ATIH. 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. D'autres renforcements méthodologiques sont actuellement portés par la DGOS car ils visent à terme à l'objectivation des dépenses publiques défendue par la Commission européenne. Cette objectivation est nécessaire pour justifier des financements dont le montant total a été pour partie remis en cause par l'IGF. En 2014, le programme de travail a permis une harmonisation méthodologique des différentes études de coûts. Des travaux concernant l'incorporation de

l'investissement ainsi que les coûts des services de réanimation et d'urgences se poursuivent.

Ces travaux ont trouvé une application renforcée dans la construction tarifaire de 2015 par l'utilisation des Tarifs issus des coûts (TIC).

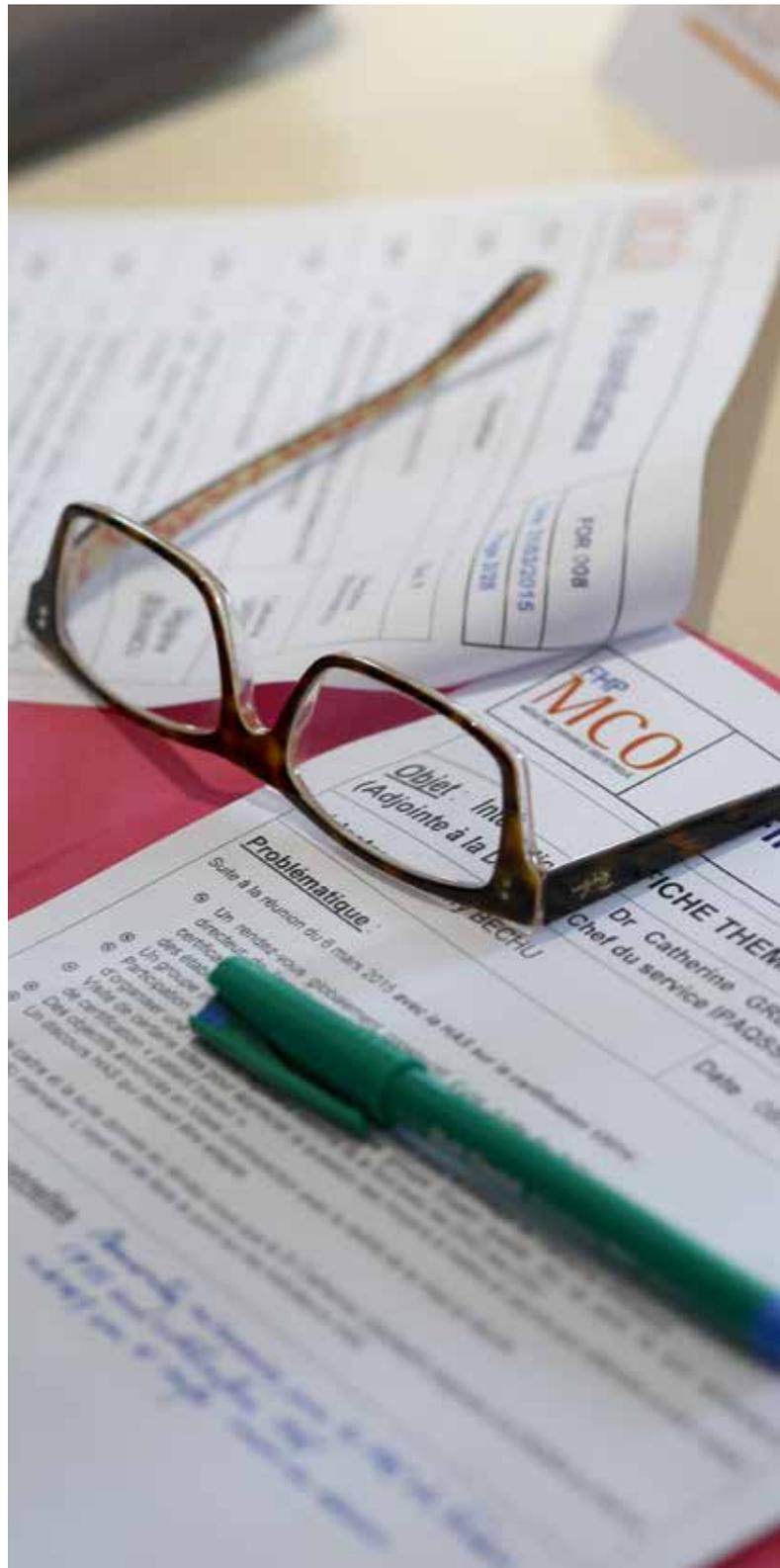
Cette année, l'incorporation de la mesure de la charge en soins dans l'ENC est également à l'étude. Sa mise en place nécessitera des retours d'expériences de la part des établissements. Une seule réunion s'est tenue en 2014.

### **Quel surcoût du programmé/non programmé ?**

Les travaux de ce groupe visent à quantifier le surcoût éventuel des séjours non programmés (patients arrivés par les urgences, etc.) par rapport aux autres séjours. Compte tenu des problèmes de fiabilité de l'information, les fédérations ainsi que l'ATIH ont élaboré un recueil sur cette thématique. Ce recueil est actuellement en phase de test. A terme, un financement spécifique de l'activité non programmée pourrait voir le jour. Une seule réunion s'est tenue sur ce sujet en 2014.

### **Quelle méthodologie pour une ENC en dialyse**

Une enquête sur les coûts de la dialyse hors centre avait été effectuée par l'ATIH en 2012. Cette première étude n'avait porté que sur les résultats de structures FEHAP. La FHP Dialyse n'avait pas souhaité en 2012 participer à cette enquête en raison des décisions tarifaires prises sans attendre les résultats de cette enquête. En 2013, des débats portant sur la méthodologie ont rassemblé les deux fédérations concernées. La DGOS avait souligné sa détermination à conduire des travaux cette fois sur la dialyse en centre et hors centre. Des décisions sont chaque année prises en matière tarifaire. Ces décisions peuvent être prises de manière éclairée par des travaux consolidés et partagés, ou, prises de façon moins robustes en l'absence de participation des professionnels aux travaux. En 2014, le groupe technique s'est attaché à expertiser la variabilité des coûts recueillis et s'est réuni à deux reprises.



## Vers une dynamisation du financement MERRI

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 se poursuivent. La DGOS souhaite sécuriser ces enveloppes notamment par la justification au premier euro. Une seule réunion avec la DGOS s'est tenue en 2014.

## Financement des activités de « recours exceptionnel »

Un fléchage via le PMSI ouvre droit à ce financement MERRI. La FHP-MCO participe aux travaux de la DGOS de remodelisation du modèle de financement. La DGOS souhaite à terme mieux quantifier les problèmes de sous-valorisation des activités éligibles à ce financement. La fiabilisation du recueil a été identifiée comme un axe d'amélioration important et une réflexion sur ce sujet est engagée. Deux réunions se sont tenues en 2014.

## Modéliser les MIG « Précarité »

Pour 2014, les modélisations proposées incorporaient un critère géo-populationnel. Des expérimentations sont également en cours concernant l'utilisation de diagnostics associés via un groupe de travail de l'ATIH.

## Une transmission efficace des données

Une charte a été élaborée en concertation avec les fédérations hospitalières concernant l'échange de données comptables et de facturation entre les fédérations. Il est important que les établissements de santé privés MCO répondent à l'ATIH afin que nous disposions de données financières à l'identique à celles détenues par l'ATIH, afin de mieux argumenter nos dossiers et échanger avec la tutelle. En particulier, il est important que les directions des établissements donnent leur accord pour une diffusion à la seule fédération d'établissements de santé à laquelle vous adhérez, à savoir la FHP.

## Quelle consommation de l'Erythropoïétine ?

A la suite de l'intégration du prix de la molécule dans le tarif des GHS, et de sa radiation de la liste en sus à l'occasion de la campagne 2014, le ministère avait mis en place un comité de suivi chargé d'observer l'évolution des pratiques médicales et de la consommation du médicament

## DES FILS D'INFOS QUI NOUS RELIENT

### Le 13h vient de fêter son 300<sup>e</sup> numéro !

En 2008, le « 13h » était le premier support de communication créé par la FHP-MCO naissante. Six ans et 300 numéros plus tard, il demeure le lien hebdomadaire entre les établissements et l'équipe syndicale. L'édito de la présidence pour donner le ton de la semaine, des brèves qui cerclent l'actualité de la semaine, une rubrique sur le développement durable et trois questions à une personnalité publique ou issue de la profession en regard des dossiers traités, c'est ce qui attend les presque 3 000 lecteurs avec la régularité d'une horloge.

Une publication s'installe dans le temps et reste fidèle à sa ligne éditoriale, mais elle doit évoluer car son environnement et les attentes de ses lecteurs changent. Une nouvelle maquette du « 13h » vous est ainsi proposée depuis le 4 mai 2015. Elle se veut plus dynamique avec un rubriquage plus resserré pour un temps de lecture que nous savons réduit et un affichage adapté à vos smartphones. Ainsi, vous lisez le « 13h » en 5 minutes.

Le billet de la présidence demeure. Suivent deux ou trois brèves d'actualité sélectionnées pour vous. Ensuite, de façon variable, vous retrouvez l'interview d'une personnalité ou la parole donnée aux FHP régionales, une rubrique thématique sur la Responsabilité sociale des entreprises (RSE) ou sur le développement de la santé connectée. Ponctuellement un reportage vient mettre en valeur vos établissements ou une caricature de Wat sur l'actualité, qui, nous l'espérons, vous fait sourire. Et pour commencer la semaine bien informé, vous recevez le nouveau 13h le lundi.

**Des fils roses ou bleus pour nous relier**

A l'occasion de la campagne Octobre rose pour le dépistage du cancer du sein, ou celle de Mars bleu pour celui du côlon, la FHP-MCO en partenariat avec l'AFC-UHPC, a créé une collection de courtes newsletters thématiques. Elles sont le miroir pour quelques numéros de vos réalisations, de vos engagements.

**5 min pour comprendre**

Votre temps est précieux et nos problématiques syndicales sont complexes. La FHP-MCO a créé une nouvelle collection « 5 min pour comprendre », des publications de 4 à 8 pages thématiques qui en 5 min vous éclairent sur un sujet. La première publication s'est intéressée au projet de loi de Santé en décembre 2014 avec deux déclinaisons dédiées à vos médecins et à vos salariés. La campagne tarifaire sera le sujet du numéro 2 en mai 2015.

SYNTHÈSE SALARIÉS

# 5

MINUTES POUR COMPRENDRE

MCO

Novembre 2014

**Le projet de loi relatif à la santé**

**Un dispositif catastrophique pour nos établissements de santé privés.**

**C'EST VRAI, SALARIÉS, MÉDECINS LIBÉRAUX ET DIRIGEANTS, NOUS SOMES ENGAGÉS TOUS LES JOURS À PRODUIRE DES SOINS DE GRANDE QUALITÉ.**

**Et pourtant, au premier de loi de santé, discuté au Parlement au premier trimestre 2015, prévoit de mettre à l'écart du cadre réglementaire les établissements de santé privés - et leurs salariés - pour qu'ils ne soient pas soumis à un régime de soins similaires à celui des établissements publics.**

**Car cet écart plus marqué que les millions de citoyens publics permettrait notamment de créer une activité libérale avec dédoublement d'établissements.**

**De plus, ce projet législatif mettrait dans la loi, l'extension définitive du système de soins libéraux, et conduirait à terme, nos établissements de santé privés à disparaître.**

**ALERTE ROUGE**

**La santé est en danger !**

Vous êtes infirmier, aide-soignant, agent de service, technicien... Vous faites parties des 154 000 salariés des cliniques et hôpitaux privés. Vos emplois sont non délocalisables et notre secteur crée en France chaque année environ 3 000 emplois.

**Le pire est annoncé**

Plus vite nous réagirons, plus nous aurons de chances de faire entendre nos revendications et de faire passer nos messages à nos collègues et à nos dirigeants. Ne restons pas passifs, nous mobilisons contre le projet de loi de santé et exerçons notre activité à compter du 1er janvier 2015.





### 3. Point sur le projet de loi de sante

#### Projet de loi de sante en cours a l'assemblee nationale

- 2300 amendements dont 70 amendements gouvernementaux
- Les articles 26 (relatif au SPH) et 27 seront examinés
- Fin des debats : 14 avril 2015
- Senat : Juillet 2015 ? Octobre 2015 ?

A blurred photograph of a meeting or conference. The image is overlaid with a red background featuring a white diagonal-line pattern. The text is prominently displayed in white, bold, uppercase letters.

# PROMOUVOIR UNE POLITIQUE DE TRANSPARENCE ET D'ÉQUITÉ

# RIPOSTER

La FHP–MCO a fait le choix d’être un syndicat offensif pour veiller au respect d’une politique d’équité. Les instances du syndicat ont ainsi décidé d’engager plusieurs contentieux administratifs.

## PROMOUVOIR UNE POLITIQUE DE TRANSPARENCE ET D’ÉQUITÉ

La FHP–MCO a engagé des recours tant au niveau national pour défendre l’intérêt de l’ensemble de la profession, qu’au niveau régional pour soutenir ses délégations régionales face à des ARS trop souvent arbitraires dans leurs décisions d’autorisation ou de financement.

La FHP–MCO a également à cœur de se tenir aux côtés de ses établissements adhérents dans les contentieux qu’ils engagent à titre individuel en mettant à leur disposition toutes les compétences de son service juridique.

Le service juridique de la FHP–MCO assure le suivi des contentieux engagés par le syndicat national.

**EN 2014, CE SONT  
16 AFFAIRES EN  
CONTENTIEUX  
QUI ONT ÉTÉ PILOTÉES.**



**« Quand les négociations sont rompues, la riposte de la FHP–MCO est juridique. »**

# LES CONTEN- TIEUX

---

## Aides d'Etat

Recours européen  
plainte de la FHP-MCO relative aux aides d'Etat

Maître Thierry DUGAST  
Octobre 2010

*Affaire pendante*

---

## Recours contre le décret n° 2011- 1209 du 29 septembre 2011 relatif aux contrôles externes

Recours en annulation partielle relatif aux contrôles  
externes

Maître François MUSSET  
Avril 2012

*Rejet*

---

## Circulaires CNAMTS du 16 juin 2010 et du 3 janvier 2012 (saliariat des médecins cf. HPST)

Recours en annulation des circulaires limitant à  
l'hospitalisation le champ d'application de l'article  
L162-26-1 du CSS (saliariat des médecins cf. HPST)

Maître Maxence CORMIER  
Février 2012

*Abandon du recours*

---

## Arrêté du 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 les tarifs invalidant les dispositions du CICE

Recours en annulation devant le Conseil d'Etat  
de la décision révoquée par laquelle les ministres  
de l'Economie et des Finances et de la Santé ont  
décidé de diminuer les tarifs des établissements de  
santé privés pour neutraliser le bénéfice du CICE

Maître Thierry DUGAST

*Rejet*

---

## Arrêtés de l'ARS Picardie d'attribution MIG à 3 établissements publics

Requête d'annulation des arrêtés : n°2013-  
252, 2013-255 et 2013-272 en date du 11  
décembre 2013 et n°2013-335, 2013-338 du  
23 décembre 2013 et 2013-385 du 24 décembre  
2013 venant respectivement les modifier en tant  
qu'ils fixent le forfait annuel urgence et les dotations  
des MIG et AC des CH d'Abbeville, de Corbie et de  
Soissons

Maître Thierry DUGAST

Juin 2014

*Recours en cours de dépôt*

---

## Distorsion de concurrence dans le cas de recrutement des praticiens en secteur 2 dans certains PSPH. Examen d'une éventuelle plainte de la FHP-MCO

Maître François MUSSET

*Abandon*

---

## Circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19 octobre 2009 relative au retrait des dispositions permettant la facturation des GHS aux tarifs publics dans le cadre de l'activité libérale de PH

Requête en annulation devant le Conseil d'Etat de la  
décision implicite par laquelle Mme la ministre de la  
Santé a rejeté la demande présentée le 16 octobre  
2012 tendant à l'abrogation des dispositions de la  
fiche « activité libérale des praticiens statutaires »  
annexée à la circulaire n° DHOS/F4/2009/319 du 19  
octobre 2009.

Cette circulaire autorise une double facturation des  
honoraires par le médecin (en sus des GHS)

Maître Thierry DUGAST

Septembre 2013

*Affaire pendante*

---

## Instruction N° DGOS/PF2/2014/74 du 7 mars 2014 portant sur la généralisation de l'indicateur I-SATIS) au sein des établissements MCO et le recours à un institut de sondage

Requête en annulation devant le Conseil d'Etat suite  
recours gracieux Instruction publiée le 26 mars 2014  
sur le site circulaires.legifrance.gouv.fr

Maître Omar YAHIA

Septembre 2014

*Affaire pendante*

---

**Décret n°2015-9 du 7 janvier 2015  
relatif aux conditions d'exercice et de  
remplacement au sein des pharmacies à  
usage unique**

Recours gracieux auprès du ministère de la  
Santé préalable au recours contentieux demande  
d'abrogation du décret

Maître Omar YAHIA

Mars 2015

*Affaire pendante*

---

**Décision du DGARS de Basse-Normandie  
n° 5 du 5 décembre 2014 publiée au  
recueil des actes administratifs de la  
préfecture de région n° 92-2014 du 19  
décembre 2014**

Requête au Tribunal administratif de Caen contre  
la décision du DGARS portant autorisation de  
changement de lieu d'implantation de traitement  
de l'insuffisance rénale chronique par épuration  
extrarénale pour les modalités hémodialyse  
en centre et hémodialyse en unité de dialyse  
médicalisée, et de médecine spécialisée en  
néphrologie pour la modalité hospitalisation à temps  
partiel (HTP) de jour au profit du CHU

Maître Maxence CORMIER

Février 2015

*Affaire pendante*

---

**Décision n° 2014-458 du DGARS  
d'Auvergne, en date du 20 novembre  
2014 portant autorisation de  
renouvellement d'activité de soins de  
traitement du cancer par la modalité de  
la chirurgie des pathologies digestives du  
CH de Thiers**

Recours hiérarchiques et contentieux pour rupture  
d'égalité

Maître Maxence CORMIER

Février 2015

*Retrait du recours suite à la décision ARS de retrait  
d'autorisation du CH*

---

**Arrêté n° DH 2014-443 du 29 octobre  
2014, du DGARS de Picardie portant  
modification des montants des  
ressources d'assurance maladie, versées  
sous forme de dotations ou de forfaits  
annuels, au CH de CHAUNY pour  
l'exercice 2014**

Recours au TITSS

Maître Thierry DUGAST

Février 2015

*Affaire pendante*

---

**Les arrêtés du 30 décembre 2014 du  
DGARS du Nord Pas de Calais, en  
tant qu'ils modifient les DAF de 29  
établissements publics.**

---

**Recours à l'étude**

Financement d'un service d'urgences non autorisé  
en région Rhône-Alpes

Maître Maxence CORMIER

**« 7 affaires  
pendantes,  
3 rejets,  
3 abandons, 2 en  
cours de dépôt,  
1 à l'étude. »**



## RECOURS EUROPÉEN : OÙ EN SOMMES-NOUS ?

Dans sa plainte au nom des cliniques et hôpitaux privés à la Commission européenne, et en cours depuis 2010, la FHP-MCO conteste le financement discriminatoire imposé par l'Etat français au secteur de la santé privé qui porte atteinte à la libre concurrence. La plainte de la FHP-MCO porte sur 3 griefs :

- > l'écart des tarifs entre le public et le privé ;
- > les surcompensations des MIGAC ;
- > la garantie implicite de l'Etat envers les établissements publics qui constitue une aide d'Etat.

Cette plainte a connu de nombreux rebondissements entraînant le bureau et le conseil d'administration de la FHP-MCO à se repositionner sur le maintien de l'action européenne. Ce maintien a été acté à l'unanimité.

Ce recours européen constitue un moyen de pression sur l'Etat français car il est invité à rendre des comptes à la Commission européenne. Suite à des sollicitations répétées de la Commission européenne, l'Etat français a été dans l'obligation de communiquer de nouveaux éléments.

Selon la Commission, le système français apparaît complexe et aurait des « difficultés » d'adaptabilité au regard du droit européen. Ainsi, la Commission propose de construire un dispositif pour l'avenir conforme aux droit et règles européennes.

La Commission dispose de marges de manœuvre. En effet, elle peut rejeter la recevabilité de la plainte, statuer sur le fond et prononcer l'inexistence d'aide de l'Etat, ouvrir une procédure formelle d'examen. La FHP-MCO est en lien avec la Commission européenne pour le suivi de cette plainte.

## CONTRÔLE T2A : CONCERTATION AVEC LA CNAMTS

La FHP-MCO a accepté d'entrer en concertation avec la CNAMTS en vue de faire évoluer les modalités de contrôle sur une démarche plus transparente et favorisant la phase contradictoire des établissements.

A ce titre, le syndicat a proposé à ses établissements adhérents d'être établissement expérimentateur de nouvelles modalités de contrôle sous la direction de la CNAMTS.

Cette expérimentation a pour objectifs de tester ces nouvelles modalités sur site, de renforcer la phase contradictoire, afin d'écourter la phase de contrôle sur site et prévenir les contentieux. Concrètement, cela se traduit tout d'abord par un temps de préparation plus long avant le contrôle sur site, de trois à six semaines en fonction du nombre de séjours à contrôler, pour permettre au médecin DIM la préparation des éléments du dossier patient expliquant la facturation. Puis, cela nécessite un contrôle des dossiers, champ par champ, centré sur les seuls éléments du dossier patient impactant le financement GHS. Enfin, une concertation sur site d'une durée de un à trois jours, à distance d'au moins 15 jours de la fin d'analyse des dossiers est organisée.

Le service juridique de la FHP-MCO est chargé de suivre les résultats de cette expérimentation et de produire un bilan sur la base des retours des établissements expérimentateurs afin de permettre aux instances de la FHP-MCO de se prononcer sur une validation ou non de cette nouvelle organisation des contrôles.

## DES ÉTABLISSEMENTS ISOLÉS, QUI LE DIT ?

Un groupe de travail *établissements isolés* a été mis en place afin d'arrêter des critères relatifs à la détermination de l'isolement. La situation d'isolement géographique de certains établissements peut induire une faible activité mettant en péril leur équilibre économique, alors même que ces établissements sont indispensables au maillage du territoire pour l'accessibilité aux soins.

Les travaux conduits à partir de 2013 ont permis d'élaborer en 2014 les critères définissant l'isolement, l'éligibilité à un financement complémentaire, et les modalités de ce financement. Trois cliniques privées bénéficient à présent de ce financement complémentaire.

Le décret n° 2015-186 du 17 février 2015

Selon la Commission, le système français apparaît complexe et aurait des « difficultés » d'adaptabilité au regard du droit européen.

relatif aux modalités dérogatoires de financement des activités de soins des établissements de santé répondant à des critères d'isolement géographique, définit les critères d'isolement, et les modalités d'attribution des forfaits nationaux annuels auxquels les établissements de santé éligibles peuvent prétendre. Deux critères, qui doivent être simultanément présents, définissent le caractère isolé d'un établissement. Tout d'abord, la distance aux autres établissements. Un établissement peut être considéré comme isolé si l'activité

(médecine, chirurgie, obstétrique et interventionnelle) produite par les autres établissements présents dans un rayon de 45 min est inférieure à 10 000 séjours. Le délai de 45 min est compris comme la durée de trajet routier, prenant en compte les temps de trajet aux heures pleines et aux heures creuses. Puis, la densité de la zone de recrutement. Si elle est inférieure à 80 habitants au km<sup>2</sup>, l'établissement est isolé (le seuil de 80 correspond à la médiane de la densité de population par département).

**Trois cliniques privées bénéficient à présent de ce financement complémentaire.**



# 2015 OPERATION 1000 RECOURS

Début 2015, face à l'agressivité tarifaire, la FHP-MCO lance l'opération *1000 recours* pour faire respecter l'équité de traitement.



« 2015,  
faire respecter  
l'équité de  
traitement »

Des recours seront systématiquement intentés lorsque :

- les décisions de l'ARS d'octroi ou de renouvellement des autorisations ne respecteraient pas l'équité de traitement entre les établissements ;
- les décisions de l'ARS d'attribution de subvention FIR ou AC ne seraient pas motivées ou seraient inéquitables ;
- les CPAM refuseraient de régler les factures complémentaires ou rectificatives.





# MILITER POUR UN FINANCEMENT JUSTE

# ŒUVRER À UN FINANCEMENT ÉQUITABLE

Comment passer d'un financement quantitatif à un financement qualitatif ? Comment faire appliquer l'équité dans les allocations de ressources ?

## MILITER POUR UN FINANCEMENT JUSTE

Le projet d'Incitation financière à l'amélioration de la qualité, IFAQ, a pour objectif de prendre en compte la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé. Co-pilotés par la DGOS et la HAS, les travaux sont confiés au projet COMPAQ-HPST et menés en lien avec l'ATIH, l'ANAP et les fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, UNICANCER, FHP et FHP-MCO).

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

Ce modèle doit permettre de transformer les résultats des indicateurs (ou composantes) en nombre de points, puis d'agréger les résultats pour obtenir un « score établissement » et enfin de convertir ces points en paiement. Les résultats obtenus pour chaque composante sont transformés en score de points. En règle générale, chaque composante se voit attribuer une cotation de 0,5 ou 10 points, avec dans certaines situations, des bonus ou des pénalités. Dès que cela est possible, le score prend en compte le niveau atteint (l'excellence) et l'effort (l'évolution entre deux périodes de recueil), ceci afin de permettre au modèle d'être incitatif. La démarche, qui se veut opérationnelle

et pragmatique, passe par une expérimentation. Aucune charge de travail supplémentaire n'est demandée aux établissements expérimentateurs, le recueil s'effectuant dans le cadre des campagnes nationales habituelles ou celle de la procédure de certification.

Si l'incitation financière est strictement positive (aucune pénalité n'est prévue), participer à l'expérimentation ne garantit pas un gain obligatoire pour les établissements.

## IFAQ 1 (2012 – 2014)

La 1<sup>re</sup> phase du programme IFAQ s'est déroulée entre novembre 2012 et décembre 2014, après un appel à candidatures durant l'été 2012. 222 établissements MCO (tous secteurs confondus) ont été retenus pour participer à cette expérimentation, dont 78 établissements ex-OQN.

9 composantes sont retenues pour l'expérimentation IFAQ 1

- > la Tenue du dossier patient (TDP) ;
- > le Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (DEC) ;
- > la Traçabilité de l'évaluation de la douleur (TRD) ;
- > le Dépistage des troubles nutritionnels (DTN), niveau 3 ;
- > la tenue du Dossier anesthésique (DAN) ;
- > la Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), niveau 2 ;



- > l'évaluation du niveau d'information du dossier patient ;
- > ICALIN 2 ;
- > PEP : critère 1f – politique et organisation des EPP ; critère 8f – gestion des événements indésirables ; critère 9a – système de gestion des plaintes et réclamations ; critère 13a – prise en charge des droits des patients en fin de vie ; critère 14b – accès du patient à son dossier ; critère 15a – identification du patient ; critère 25a – prise en charge des urgences et des soins non programmés.

Par conséquent, le périmètre de l'évaluation de la qualité a varié selon les établissements en fonction des composantes qui leur étaient applicables. Seuls les indicateurs IPAQSS ont été concernés par une mesure de l'effort.

Les principes retenus pour la valorisation sont les suivants :

- > le classement des établissements en fonction du score agrégé (performance relative) ;
- > la sélection des 30 % meilleurs : 1/3 des établissements rémunérés au titre d'IFAQ ;
- > pour les établissements rémunérés, la rémunération est comprise entre 0,3 et 0,5 % du budget assurance maladie (« base MCO » hors MIG/MO/DM) avec 3 tranches de rémunération :
- > 1<sup>er</sup> tiers des rémunérés : 0,5 % et plafond 500 k€
- > 2<sup>e</sup> tiers des rémunérés : 0,4 % et plafond 400k€
- > 3<sup>e</sup> tiers des rémunérés : 0,3 % et plafond 300 k€

- > le plancher de 50 k€ dans tous les cas ;
- > une prime aux meilleurs par catégorie : 20 % de la rémunération après avoir tenu compte du plafond, respect de la représentativité dans l'expérimentation (=> 3 ex-OQN).

Pour respecter les critères d'éligibilité en lien avec les résultats de la certification, 37 établissements ont été exclus en cours d'expérimentation, dont 10 établissements ex-OQN. Les motifs de ces exclusions sont le non recueil d'indicateurs sur les données 2013, réserve en cours (certification V2010), ou maintien des réserves de certifications en décision finale (certification V2010). Cette expérimentation a été financée par une enveloppe MIGAC d'un montant de 12,4 M€. Afin de consommer toute l'enveloppe provisionnée pour le programme IFAQ, 93 établissements (tous secteurs confondus) ont finalement été rémunérés soit la moitié de l'échantillon, au lieu des 30 % prévus dans les règles (cf ci-dessus).

Les établissements de santé privés éligibles sont nombreux (sur 45)

- > 21 établissements : 1<sup>re</sup> tranche (0,5 % des recettes AM)
- > 13 établissements : 2<sup>e</sup> tranche (0,4 % des recettes AM)
- > 11 établissements : 3<sup>e</sup> tranche (0,3 % des recettes AM)

### **IFAQ 2 (MI 2014 – FIN 2015)**

Une nouvelle phase du programme IFAQ 2 se déroule actuellement (depuis juin 2014) pour finir en décembre 2015. L'objectif de cette 2<sup>e</sup> phase est d'adapter le modèle IFAQ à la remontée biennale des indicateurs, en intégrant notamment des indicateurs de spécialité généralisés par la HAS et d'évaluer la persistance d'un effet de l'incitation au cours du temps.

L'appel à candidatures a été lancé le 10 juin 2014 par la DGOS et la HAS avec le souhait de monter en charge en constituant un échantillon de 500 établissements.

C'est finalement 490 établissements qui participent au programme IFAQ 2.

A ce stade des travaux, 5 composantes IFAQ 2 sont retenues et les indicateurs IPAQSS de pratique clinique soumis à diffusion publique (accidents vasculaires cérébraux,

infarctus du myocarde, hémorragie du post-partum, dialyse), la certification (V2010/V2014), la satisfaction des patients hospitalisés – Isatis, les TBIN- V2 (ICALIN 2, ICSHA2, ICALISO), l'informatisation du dossier patient / hôpital numérique.

Il est probable que le modèle IFAQ 2 s'éloigne du modèle IFAQ 1, notamment car 30 % des établissements IFAQ 2 ne sont concernés par aucune des composantes de spécialités (AVC, IDM, HPP, DIA). Le périmètre de l'évaluation est donc sensiblement différent entre les établissements. A ce jour, aucun consensus n'a pas encore été trouvé sur la méthode (modèle unique sur le principe d'IFAQ 1, catégorisation des établissements, rémunération à la composante, etc.).

### **LA GÉNÉRALISATION DU PROGRAMME IFAQ**

Le programme IFAQ est inscrit dans la LFSS 2015 et sa généralisation aux établissements MCO est actée pour l'année 2016.

Toutes les décisions prises pour l'expérimentation ne préjugent en rien du modèle qui pourra être retenu pour une généralisation.

Le modèle IFAQ est techniquement complexe et continue de se construire en avançant. Beaucoup d'incertitudes ont persisté tout au long de la construction du modèle IFAQ 1, et c'est encore le cas pour les constructions des modèles IFAQ 2 et sa généralisation. Toutefois, la FHP-MCO, véritable force de propositions sur ce dossier, a veillé tout au long de l'année, à son élaboration, étape par étape (participation active aux réunions et sollicitation du groupe technique, à l'élaboration des courriers et des documents d'informations, etc.) ainsi qu'à la compréhension et l'appropriation du modèle par les établissements (présentation des enjeux au club des médecins DIM, aux AG des FHP régionales, réponse aux questions des adhérents, etc.).

### **UN FINANCEMENT JUSTE, VIA LES MIGAC ET FIR**

#### **Porter les recours juridiques en régions**

Suite au constat flagrant de l'inégalité de traitement entre établissements privés et

# « FAISONS DES EFFORTS EN FAVEUR DE LA QUALITÉ HOSPITALIÈRE, NOUS SERONS TOUS RÉCOMPENSÉS »

Dr Paul Garassus, président du conseil scientifique du BAQIMEHP, vice-président de la Société française d'économie de santé et président de l'UEHP.

## La première phase de recherche opérationnelle autour de l'IFAQ se termine et l'IFAQ entre dans la loi de financement de la sécurité sociale 2015. Aujourd'hui, où en est-on ?

L'Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) est vraiment née d'un travail de collaboration entre le ministère, la Haute autorité de santé et les fédérations hospitalières. Nous avons été associés dès le départ à cette méthodologie. Au fondement de cette incitation, on trouve la nécessité de passer d'un financement quantitatif à un financement qualitatif. A partir de là, nous nous sommes demandés : selon quels critères peut-on définir la qualité, et de quelle incitation financière parle-t-on ? Nous sommes arrivés à une première étape de ce processus évolutif, et nous allons continuer de participer activement à l'IFAQ 2, et même à l'avenir peut-être à l'IFAQ 3. Le chemin est encore long ! L'organisme porteur du projet, COMPAQH, a mis l'accent sur un processus collaboratif avec un échéancier renouvelé dans la durée.

## Comment s'est déroulée cette collaboration ?

Au début, nous avons avancé très lentement, il pouvait y avoir une

certaine prudence collective liée surtout au fait que nous étions dans l'impossibilité à ce stade de prévoir les réels enjeux de l'IFAQ. Les recueils d'indicateurs étaient tirés des manuels de certification, et personne ne voulait s'engager dans une démarche couperet. Aujourd'hui



« Selon quels critères peut-on définir la qualité ? »

au contraire, tout le monde se connaît bien, il y a un véritable esprit d'équipe pour faire évoluer l'incitation financière à la qualité. Nous avons compris qu'il fallait être exigeant et placer la barre haut pour vraiment tirer profit de ce mode de financement complémentaire. Grâce à cette culture de travail collectif, nous sommes plus rapides et les débats sont plus riches. Pour autant, nous sommes et restons porteurs d'opinions, nous ne cautionnons pas tout ce qu'avancent nos tutelles. Outre la méthode il est aussi important d'assurer la communication, et au sein des établissements nous avons identifié plusieurs relais pour diffuser l'IFAQ : tout d'abord, les directeurs d'établissements, les principaux moteurs, mais aussi les présidents de CME et les responsables qualité.

## Pourquoi engager les établissements du secteur privé dans une démarche d'IFAQ ?

Même si le secteur privé se positionne positivement dans les démarches qualité, tous les établissements doivent avancer de façon concertée. Il n'y a pas de différence majeure ni de positionnement sectoriel. Pour nous, il est important de rappeler qu'IFAQ n'est pas une enveloppe de plus mais un processus d'engagement sur le long terme. Ce doit être un principe dynamique et évolutif, et il nous faut être militants pour s'aventurer dans cette voie. Certes, en période de crise, un financement complémentaire est toujours bon à prendre. Mais au-delà de l'enveloppe budgétaire, IFAQ représente aussi un véritable levier de management en mesurant et valorisant à la fois la performance et l'effort. Ce projet permet de se positionner, de connaître ses points forts et ses points faibles et donc d'optimiser ses résultats en interne. Nous pourrions résumer ainsi sa finalité ultime : faisons des efforts en faveur de la qualité hospitalière, nous serons tous récompensés.

établissements publics dans l'attribution des enveloppes MIGAC et FIR par certaines ARS, la FHP-MCO a décidé d'agir en lien avec les fédérations régionales pour faire cesser ces pratiques illégales.

L'action tend à identifier en lien avec les fédérations régionales et à l'aide de l'étude du recueil des actes administratifs les délégations de dotations FIR et MIG/AC suspectes afin d'attaquer les arrêtés d'octroi. Il s'agit d'une part de contester les FIR et MIG/AC accordés aux établissements publics sans justification et d'autres part de dénoncer les refus opposés aux établissements privés quand ceux-ci remplissent les conditions pour être subventionnés.

La FHP-MCO accompagne les établissements ainsi que les fédérations régionales dans les recours qu'ils sont susceptibles d'engager sur ce point et s'est dotée d'un partenariat solide avec un réseau d'avocats coordonné par son service juridique.

## PORTER LES RECOURS JURIDIQUES EN RÉGIONS

### La région Picardie en éclaircissement

Cette action contestataire a été initiée dans la région Picardie où une action graduée a été menée. « Dès 2014, devant l'inéquité de traitement de l'ARS entre les deux secteurs de l'hospitalisation publique et privée, nous avons décidé avec le conseil d'administration de la FHP Picardie d'agir et nous avons choisi la riposte juridique car nous avons épuisé toutes les autres pistes de négociations. Nous savons que les démarches juridiques sont longues mais nous croyons au droit. Nous avons enfin décidé de les piloter avec la FHP-MCO et c'est son service juridique qui les porte », déclare Vincent Vesselle, président de la FHP Picardie.

La FHP Picardie et la FHP-MCO ont lancé une première vague d'actions contentieuses en juin 2014 et demandé annulation des arrêtés en tant qu'ils fixent l'allocation des dotations MIG et AC auprès du Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale, concernant 3 CH.

Une deuxième vague de contentieux a été lancée en octobre 2014 pour demander annulation des arrêtés en tant qu'ils



Vincent Vesselle, président de la FHP Picardie

Deux vagues d'actions contentieuses ont été lancées par la FHP Picardie concernant en tout 17 CH.



Dr Jean-Marc Catesson, président de la FHP Nord-Pas-de-Calais.

La FHP Nord-Pas-de-Calais attaque 7 décisions d'autorisation en cancérologie données à l'hôpital et 31 allocations DAF et AC.

fixent et modifient les DAF, les AC, les FIR, destinés à 14 CH. En 2015, deux nouvelles vagues de contentieux, en février et mars, sont d'ores et déjà lancées.

Dans un premier temps la délégation régionale a saisi l'ARS afin d'obtenir les motifs des décisions de subvention. Face au silence de l'agence, la FHP-MCO a soutenu sa délégation en portant un recours contentieux. Une requête d'annulation des arrêtés d'octroi de financement FIR et MIGAC a été déposée.

### Le Nord-Pas-de-Calais emboîte le pas

Si les établissements de santé privés souffrent d'un manque de reconnaissance en France, ceux du Nord-Pas-de-Calais doivent composer avec une région historiquement favorable au service public. « Aux réunions, j'y vais avec le casque ! », plaisante le Dr Jean-Marc Catesson, nouveau président de la FHP Nord-Pas-de-Calais. « Pour bien comprendre, nous sommes en tout 51 établissements privés et nous devons déjà composer avec 38 CH, qu'aucun DGARS n'a eu le courage de restructurer jusqu'à présent. » Le secteur privé perçoit 0,4 % des MIGAC et 4 % des FIR dont 70 % concernent les médecins libéraux. Le conseil régional, pour sa part, s'est fendu récemment d'un courrier stipulant qu'aucune subvention ne serait versée à des établissements de santé dont les praticiens pratiquent des dépassements d'honoraires, ni à des GCS, sauf si le secteur public était largement majoritaire.

« Je suis un homme de consensus, élu sans doute aussi pour ma tempérance, bref, j'apprécie le dialogue et la négociation. Mais lorsque nous exposons nos problématiques, que personne ne nous répond et qu'on donne systématiquement, au secteur public, il faut agir. » Le CA de la FHP Nord-Pas-de-Calais décidait en avril 2015 d'entrer aussi dans la bataille juridique. « C'est une décision difficile que nous avons prise lorsque tous les autres recours ont été épuisés », déplore le Dr Catesson. La FHP régionale attaque 7 décisions d'autorisation en cancérologie données à l'hôpital alors même qu'il ne répond pas aux seuils réglementaires. Elle participe de plus à l'opération des



1000 recours pilotée par la FHP-MCO qui s'est emparée d'un dossier concernant les 31 allocations DAF et AC données arbitrairement par l'ARS pour un montant de 15 millions d'euros aux hôpitaux publics. « Quand nous avons lu les libellés de ces enveloppes 'aides à la trésorerie', 'aides à la réduction du déficit', etc. nous avons décidé d'y aller car, quand nos cliniques privées sont durablement en déficit, c'est le tribunal de commerce qui s'occupe d'elles, et rarement en les renflouant, contrairement aux hôpitaux qui, eux, peuvent compter sur les ARS pour les remettre à flot. Nous prenons notre part du travail en région mais le relais de la FHP-MCO nous aide dans ce travail juridique. »

### LE PLEIN BÉNÉFICE DU CICE

La FHP-MCO avait dénoncé avec la plus extrême vigueur en 2013, l'annonce par le gouvernement d'une neutralisation du Crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) via une baisse des tarifs des établissements de santé privés. C'est dans ce contexte que la FHP-MCO avait saisi le Conseil d'Etat d'une requête en annulation de la décision de Bercy et du ministère de la Santé visant à baisser les tarifs des établissements de santé privés afin de compenser le bénéfice

de CICE et qu'elle avait également demandé l'annulation de l'arrêté du 22 février 2013 fixant pour l'année 2013 les tarifs des établissements hospitaliers. Le Conseil d'Etat a rejeté ce recours ainsi que celui de la FHP plus de 21 mois après son dépôt. Sur le fond, la cour n'a pas fait droit à l'argument soulevé par le syndicat d'un excès de pouvoir du gouvernement. Or, il est clair que l'exécutif se réserve le droit de modifier les effets de la fiscalité sur un secteur économique, alors que la fiscalité relève constitutionnellement du seul ressort du parlement.

En 2015, la ministre de la Santé Marisol Touraine a prévu de reprendre aux cliniques 5/8<sup>e</sup> du bénéfice du CICE, soit 125 millions d'euros, par le biais de baisses de tarifs, après avoir déjà repris 3/8<sup>e</sup> au cours des deux années précédentes. Au total, c'est l'équivalent de 192 millions d'euros en baisse de tarifs qui a été imposée aux cliniques depuis 2013.

### UN PLFSS SOUS SURVEILLANCE

Le PLFSS 2015 a introduit deux nouveaux financements pour les établissements MCO : le financement des hôpitaux de proximité et celui de la qualité (IFAQ) qui



s'accompagne de nouvelles obligations de contractualiser.

Clairement inscrit dans une politique de réduction des dépenses, des sanctions financières sont venues compléter l'arsenal à disposition de l'ARS pour réguler les dépenses de soins.

La promotion de la pertinence des soins, pour sa part, a été accompagnée de mesures de mise sous accord préalable renforcées.

Enfin, la prescription des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation a ouvert droit à des minorations de tarifs.

Le service juridique de la FHP-MCO a rédigé, déposé et suivi six amendements sur six articles lourds de conséquences pour la profession.

Sur la mise en place d'un indicateur de financement à la qualité, la FHP-MCO a demandé à ce que les établissements bénéficient automatiquement de la dotation dès lors qu'ils satisfont aux critères. Le texte initial prévoyait de laisser à la discrétion du directeur de l'ARS ce bénéfice. Cette demande a été entendue et

le texte gouvernemental a été modifié avant la présentation du projet à l'Assemblée nationale.

Sur la mise en place d'un contrat d'amélioration des pratiques sur la qualité et la sécurité des soins, la FHP-MCO a demandé la suppression de ce nouveau contrat qui s'ajoute à un dispositif contractuel déjà trop lourdement supporté par les établissements dans le cadre des CPOM et CBUM.

Sur la reconnaissance des hôpitaux de proximité, la FHP-MCO a demandé l'inclusion de la chirurgie dans le champ d'activité des hôpitaux de proximité. Activité initialement exclue par le projet de texte.

Sur la réforme du Fonds d'intervention régional (FIR), la FHP-MCO a demandé l'exclusion du secteur médico-social du bénéfice de cette enveloppe dès lors que les montants du FIR n'ont pas été revalorisés.

Sur le renforcement de la pertinence des soins dans les établissements de santé prévoyant l'élaboration d'un plan annuel

régional d'actions et d'un dispositif contractuel en lien avec l'assurance maladie pour contraindre les établissements à réguler leur activité, la FHP-MCO a demandé l'intégration des médecins dans ce mécanisme d'amélioration de la pertinence des soins ainsi que la suppression des mesures de sanctions au profit de mesures incitatives.

Sur la régulation des dépenses du médicament visant à instaurer un tarif GHS minoré lorsqu'une spécialité pharmaceutique en sus des prestations d'hospitalisation est facturée, la FHP-MCO a demandé fermement la suppression de cette disposition qui vise à sanctionner les établissements pour des prescriptions médicales sur lesquelles les médecins disposent de toute liberté.

## **UNE CONTESTATION ARGUMENTÉE**

Les actions de la FHP-MCO ont porté à la fois sur les éléments de la campagne tarifaire 2014 et sur la préparation de la campagne tarifaire 2015.

Ainsi, à titre d'exemple, le pôle économique a réalisé, puis communiqué à chaque établissement, les simulations tarifaires de la campagne 2014 accompagnées d'une note méthodologique explicative. Le pôle a communiqué à la DGOS et l'ATIH un document *Retour d'expérience 2014 – Anomalie de groupage et/ou tarification*, comprenant tant des éléments relatifs à la classification des GHM qu'aux questions tarifaires.

Ce document, mis à jour tous les ans, est élaboré avec le médecin conseil, le Dr Michèle Brami, et le médecin DIM partenaire, le Dr Marie-Paule Chariot, dans le cadre des travaux du groupe de travail FHP-MCO *Évolution de la classification des GHM*.

La campagne tarifaire 2014 a été marquée par une baisse des tarifs de -0,24 % dans le secteur privé alors qu'ils sont restés stables dans le secteur public. Ces évolutions s'expliquent par la reconduction des volumes prévisionnels à 2 % pour le secteur privé et 2,8 % pour le secteur public et par la poursuite du dispositif d'application de récupération du CICE à hauteur de 2/8<sup>e</sup>.

Avant la prise en compte du CICE, l'évolution des tarifs MCO ex-OQN était de + 0,25 %. La reprise du CICE, estimée pour la campagne 2014 à 2/8<sup>e</sup> de l'impact global, s'est traduite par un effet récupération du CICE fixé à -0,49 % de baisse tarifaire.

Pour la campagne 2014, la valeur du coefficient prudentiel a été maintenue à 0,35 % pour les 2 secteurs, ce coefficient devant permettre, comme vous le savez, de constituer une réserve de crédits qui peuvent être reversés selon l'état d'exécution de l'ONDAM.

## **FACTURATION DES ACTES EXTERNES DES MÉDECINS SALARIÉS, RECOURS AUPRÈS DU CONSEIL D'ÉTAT**

L'article 41 de la LFSS 2014 autorise les établissements de santé privés à facturer les Actes et consultations externes (ACE) réalisés par leurs médecins salariés.

En 2009, la loi HPST a permis de prévoir la récupération des honoraires lorsque le médecin est salarié au sein de nos établissements de santé privés.

Ainsi depuis plusieurs années, les cliniques pouvaient facturer dans la partie basse du bordereau S3404 les honoraires correspondant aux actes ou consultations des médecins salariés délivrés au cours d'un séjour hospitalier. Cependant, jusqu'en 2014, sur la base de deux circulaires CNAMTS, publiées respectivement le 16 juin 2010 et le 3 janvier 2012, l'activité spécifiquement externe ne pouvait pas être facturée par les établissements au titre de l'activité des médecins salariés.

A ce titre, la FHP-MCO a engagé, dès 2012, un recours auprès du Conseil d'Etat afin de demander l'abrogation partielle des circulaires précédemment citées en ce qu'elles limitaient la possibilité de facturation par les établissements de santé prévus au titre de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale aux seuls actes de leurs médecins salariés effectués dans le cadre d'une activité d'hospitalisation. Cet article de la LFSS 2014 a ainsi anticipé une décision positive à notre recours.

L'article 41 de la LFSS 2014 a introduit une modification de l'article L162-26-1 du code de la sécurité sociale pour élargir à l'activité

la FHP-MCO a engagé, dès 2012, un recours auprès du Conseil d'Etat afin de demander l'abrogation partielle des circulaires précédemment citées en ce qu'elles limitaient la possibilité de facturation par les établissements de santé

externe la possibilité des cliniques de facturer les honoraires de leurs médecins salariés. Cet article à application immédiate ne nécessitait pas de décret d'application. Toutefois la mise en œuvre a été laborieuse et a nécessité « *des ajustements techniques importants, notamment pour intégrer les règles relatives au parcours de soins coordonné du patient qui s'appliquent à toute activité 'externe'* ».

La FHP-MCO a accordé la plus grande attention à cette nouvelle possibilité de facturation. Afin d'anticiper ce délai de mise en œuvre, nous avons invité dès le mois de janvier les établissements concernés par cette situation, à assurer la traçabilité des actes externes afin de pouvoir les facturer lorsque le dispositif serait opérationnel. Par ailleurs, la FEHAP et la FHP-MCO ont régulièrement échangé avec la CNAMTS à ce sujet allant jusqu'à provoquer l'organisation d'une réunion fin juin 2014 dans les locaux de la FHP-MCO en présence de la DGOS, de la FHP-SSR, d'éditeurs de logiciels et d'établissements expérimentateurs pour faire le point sur les modalités de mise en œuvre de la facturation des ACE pour les médecins salariés des cliniques privées. Cette réunion a permis une réelle avancée des travaux, qui s'est traduite par la mise en œuvre effective à la fin de l'été 2014. Enfin, la FHP-MCO a répondu à de nombreuses questions et consacré six dépêches tout au long de l'année pour vous tenir informés de l'avancée des travaux et vous expliquer les modalités de facturation de l'activité externe des médecins salariés.

## **UN FINANCEMENT JUSTE DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE**

Après des années d'insistance auprès des tutelles pour obtenir un financement réellement juste et incitatif à la chirurgie ambulatoire, l'année 2014 a vu la mise en œuvre de deux mesures importantes. Tout d'abord la mise en place d'un tarif unique pour la totalité des couples de GHM chirurgicaux « niveau 1 - niveau J », puis la suppression des bornes basses pour la totalité des GHM chirurgicaux de niveau 1. Outre l'incitation à la chirurgie ambulatoire, cette dernière mesure devrait

permettre le développement des méthodes de récupération rapide après chirurgie.

## **UN SCORE DE FIABILITÉ POUR LES TICS**

L'« affaire de la rythmologie » révélée en 2012 par la FHP-MCO avait déjà mis en évidence de façon spectaculaire les insuffisances méthodologiques de l'Echelle nationale des coûts. Pour rappel, le tarif des GHS de rythmologie interventionnelle avait été drastiquement diminué en raison d'un surfinancement apparent par rapport au TIC, alors que le recueil de l'ENC n'affectait pas correctement le coût des consommables utilisés pour cette activité. La FHP-MCO a obtenu la mise en place par l'ATIH d'un groupe de travail ayant pour objet l'élaboration d'une grille de lecture permettant d'apprécier la fiabilité des tarifs issus des coûts.

De façon générale, outre la question de l'affectation des consommables, la faiblesse de l'échantillon ENC sur certaines activités et l'évolution de ces TIC d'une année sur l'autre nécessitent une évaluation de leur fiabilité, puisque ces tarifs issus des coûts servent de base au calcul des tarifs des GHS. Le groupe de travail mis en place en juillet 2014 s'est réuni trois fois en 2014 et a permis la création d'un indicateur de fiabilité qui a été utilisé pour la première fois à l'occasion de la campagne tarifaire 2015.

## **SÉJOURS TAVI, DES PROPOSITIONS AJUSTÉES**

Ce dossier est porté par la FHP-MCO depuis plusieurs années. Notre suivi et notre vigilance sur ce dossier ont permis d'adapter nos propositions aux retours de la DGOS ou de l'ATIH.

Lors de la campagne 2012, les conditions de facturation des valves aortiques percutanées avait été modifiées avec pour conséquence de réelles difficultés de financement notamment l'inscription de la valve sur la liste en sus et la suppression du GHS majoré pour ces prises en charge. En 2013, une nouvelle racine était créée dans la classification : la racine O5K21 pose de bioprothèses de valves cardiaques par voie vasculaire. Ceci a constitué une

**En 2014 : création d'un tarif unique pour la totalité des couples GHM chirurgicaux de niveau 1 et suppression des bornes basses.**

réelle amélioration mais ne permettait pas de résoudre toutes les situations dont les séjours avec pose de TAVI par voie transapicale (acte DBLA004 pose d'une bioprothèse de la valve aortique par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC).

A partir de 2014, ces séjours avec pose de TAVI par voie transapicale bénéficient d'un GHS majoré. Ils sont toujours classés dans la même racine de GHM mais la présence de l'acte DBLA004 les oriente vers les mêmes GHS que ceux de la racine 05K21. Ainsi, les séjours TAVI, quel que soit la technique, par voie vasculaire ou transapicale, sont rémunérés aux mêmes tarifs.

### **FACTURATION D'HÉMODIALYSE, DES AVANCÉES**

En 2014, la FHP-MCO et la FHP Dialyse demandaient conjointement avec succès de cumuler la facturation du forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée avec un GHS. Cette possibilité existait déjà pour la dialyse en centre, et a été étendue à l'UDM sous les mêmes conditions. Un nouveau forfait D24 d'entraînement à l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée a également été créé pour rendre possible la facturation des séances d'entraînement à l'hémodialyse par les UDM.

Enfin, l'ensemble des forfaits et GHS ont été en augmentation en 2014 par rapport à 2013, cette évolution s'expliquant par l'intégration de l'EPO dans les GHS ou forfait.

Malheureusement la demande répétée de la FHP-MCO et de la FHP Dialyse, d'un cumul possible de facturation d'un GHS et de toutes les modalités de prises en charge en dialyse (centre, UDM, autodialyse, etc.) n'a été reprise ni lors de la campagne 2014, ni dans celle 2015. Toutefois, le dossier avance.



### **MIGAC/MERRI : VERS UNE OUVERTURE ?**

Les recours juridiques portés au niveau européen ont permis des avancées législatives concernant la capacité du secteur hospitalier privé à participer aux Missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (ou MERRI).

Cette évolution réglementaire se matérialise notamment par la participation de nos établissements à l'ensemble des appels à projets du ministère (PHRC, STIC, etc.), ainsi qu'à notre participation aux instances décisionnelles MERRI. Si le nombre de structures privées émergeant sur ces missions était il y a quelques années symbolique, il est désormais en constante augmentation.

Avec la disparition de la part fixe historique MERRI, la dynamisation de la part modulable a été lancée. Cette dotation représentera à terme près de 2 milliards d'euros et sera intégralement répartie en fonction d'indicateurs d'activité.

Les travaux concernant la dynamisation de cette enveloppe MERRI se poursuivent, en concertation avec les fédérations. Ils ont permis des avancées significatives et le secteur émergera dorénavant au prorata de ses activités d'enseignement, de publication et d'essais cliniques dont il est le promoteur à égalité de traitement avec les autres secteurs. Les efforts actuels de mutualisation entre établissements, souvent matérialisés par la création de GCS, permettent déjà à l'hospitalisation privée d'être identifiée comme un acteur reconnu dans la recherche médicale.

Tous ces travaux vont dans le sens des revendications de la FHP-MCO pour plus d'équité et pour une meilleure définition

**Le cumul du forfait d'hémodialyse avec un GHS est acté.**

des enveloppes MIGAC. La logique aujourd'hui prônée par les tutelles est celle de la Justification au premier euro (JPE).

## **RÉFORME DU FINANCEMENT DES URGENCES AU 1<sup>er</sup> MARS 2016 !**

Le champ de la réforme est celui du financement des services d'urgences (y compris UHCD) et des SMUR. Elle est centrée sur les établissements Ex-DGF et ne concerne, a priori, qu'à la marge les cliniques.

Les financements des secteurs Ex-DGF et Ex-OQN seront considérés séparément. Une logique similaire serait appliquée séparément aux enveloppes respectives des deux secteurs et de manière adaptée à leurs spécificités. Le nouveau modèle de financement consistera en un financement mixte, combinant facturations et MIG, avec un socle de base garanti pour les établissements à faible activité. Le socle de base pourrait être l'équivalent d'une ligne pour les Services d'urgences (SU) ou SMUR seuls, équivalent de deux lignes pour les SU-SMUR.

Deux types de financements seraient combinés : des facturations à l'activité, en complément desquelles serait versée une allocation MIG SU-SMUR.

Les recettes liées à l'activité seraient les forfaits ATU, actes et consultations aux urgences, les forfaits « participation du patient » aux urgences (remplacement du ticket modérateur), les facturations GHS UHCD et ticket modérateur, les forfaits SMUR facturés à l'assurance maladie pour chaque sortie. Suppression des autres facturations (SMUR secondaires, ticket modérateur).

Le calibrage de la MIG Urgences-SMUR serait calculé à partir de données d'activité appliquées à un référentiel de moyens valorisés. Les MIG SU SMUR sur le besoin de financement estimés (activité n-1) - recettes activité (n-1).

Concernant les cliniques, il n'est pas à prévoir de changement pour les médecins des services d'urgences de nos établissements (actes, consultations et PDSSES). Le financement serait constitué de recettes à l'activité complétées d'une

MIG calibrée sur la base de l'activité n-1. Les activités : ATU, GHS UHCD, tickets modérateurs sont concernés. Enfin, le besoin de financement MIG des établissements Ex-OQN serait estimé à partir du financement actuel FAU (activité n-1).

## **2015, QUE FIXENT LES TEXTES PUBLIÉS SUR LA DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE ?**

La valeur du seuil de déclenchement est exprimée en taux d'évolution pour chaque racine de GHM concernée. Il varie de 5 % (par exemple pour la racine O3C14 drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans) à 53 % (pour la racine 10C13 interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité).

Nous rappelons que le décret laisse la possibilité d'exprimer ces seuils en taux d'évolution ou en volume d'activité et de les différencier par région compte tenu des variations géographiques des taux de recours aux soins constatés sur certaines activités. Cette dernière possibilité n'a pas été retenue pour l'application de l'année 2015. Par ailleurs, la valeur du taux de minoration du tarif est fixée à 20 %. Cette minoration de 20 % du tarif sera appliquée sur l'activité produite au-delà du seuil. Enfin, le périmètre concerné : 25 racines de GHM. La DGOS a souhaité cibler des activités en lien avec la pertinence des soins (existence de recommandation HAS).

**L'hospitalisation privée est identifiée comme un acteur reconnu dans la recherche médicale.**

## DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE

RACINE DE GHM, LIBELLÉ ET VALEUR DE SEUIL

### Racine de GHM

Libellé

**X %**  
(Valeur du seuil)

#### 01C14

Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien

**13 %**

#### 01C15

Libérations du médian au canal carpien

**14 %**

#### 02C05

Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie

**12 %**

#### 03C10+03C27 (\*)

Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans et interventions sur les amygdales en ambulatoire

**5 %**

#### 03C14

Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans

**5 %**

#### 03K02

Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires

**12 %**

#### 05C17

Ligatures de veines et éveilage

**10 %**

#### 05K06

Endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde

**18 %**

#### 06C09

Appendicectomies non compliquées

**5 %**

#### 06K05

Séjours comprenant une endoscopie digestive diagnostique sans anesthésie

**21 %**

#### 07C13

Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës

**9 %**

#### 07C14

Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës

**14 %**

#### 08C24

Prothèses de genou

**16 %**

#### 08C27

Autres interventions sur le rachis

**14 %**

#### 08C40

Arthroscopies d'autres localisations

**33 %**

#### 08C48

Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents

**13 %**

#### 08C52

Autres interventions majeures sur le rachis

**17 %**

#### 10C09

Gastroplasties pour obésité

**5 %**

#### 10C13

Interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité

**53 %**

#### 11C11

Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour lithiases urinaires

**24 %**

#### 11C12

injection de toxine botulique dans l'appareil urinaire

**36 %**

#### 11C13

Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques

**17 %**

#### 11K08

Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire

**10 %**

#### 14C08

Césariennes pour grossesse unique

**5 %**

# DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE

**Communiqués et conférences de presse, lettres argumentées auprès des tutelles, informations auprès des parlementaires, discours fermes tenus lors des rendez-vous au ministère... les arguments de la FHP-MCO contre la dégressivité tarifaire ne sont pas entendus. Retour sur ce dossier toujours ouvert.**

## **UNE TRÈS FERME OPPOSITION À LA DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE**

Cette mesure est incompréhensible pour trois raisons majeures.

Un nouveau dispositif inutile pour le maintien des grands équilibres macroéconomiques car :

- > tout d'abord, l'ONDAM voté est bien respecté depuis trois ans, voire même sous-exécuté pour le secteur de l'hospitalisation privée.
- > ensuite, la mise en place du dispositif de coefficient prudentiel dans la LFSS 2013 a déjà apporté une double garantie sur le respect des objectifs de dépenses de l'ONDAM. Les résultats de 2013 ont prouvé l'efficacité de la mesure. Les résultats passés montrent qu'il n'est pas utile d'instaurer un 3<sup>e</sup> niveau de sécurité pour maintenir le respect de l'OND. Enfin, le coût et la

complexité du dispositif de dégressivité tarifaire envisagé au niveau microéconomique, établissement par établissement, ne sont pas évalués et sont disproportionnés au regard de l'enjeu.

Les difficultés d'application entraîneront mécaniquement de nombreux contentieux juridiques, sources de dépenses supplémentaires. Les sommes récupérées au final par le biais de ce dispositif pourraient être dérisoires.

### **Le dispositif est incohérent avec de nombreuses autres politiques conduites par le gouvernement**

La politique d'autorisation basée sur la réalisation de seuils minimums d'activité, et recommandée par la Haute autorité de santé, invite les établissements de santé à s'organiser pour développer

des niveaux d'activité plus importants (cancérologie, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, obstétrique, etc.).

Le principe de dégressivité tarifaire est contraire au principe de qualité selon lequel « on ne fait bien que ce que l'on fait beaucoup ».

Les politiques de santé publique conduisent à des augmentations d'activité soit au niveau microéconomique (par concentration des activités sur certains établissements : cancérologie, périnatalité, etc.) soit au niveau macroéconomique (développement national des soins palliatifs), et sont en opposition avec un dispositif de dégressivité tarifaire.

Les politiques tarifaires incitatives en faveur, par exemple, du développement de la chirurgie ambulatoire sont en totale contradiction avec une telle démarche de financement dégressif.

## UN DISPOSITIF INUTILE INCOHÉRENT INÉQUITABLE

Les politiques régionales de planification menées via les SROS par les ARS visent à concentrer les activités sur certains établissements (pas nécessairement par des regroupements juridiques ni par des transferts d'autorisations, mais également par le biais des filières), ou encore à réduire les taux de fuite sur certains territoires de santé. Elles conduisent à des augmentations d'activité au niveau microéconomique orchestrées par le planificateur, et sont en opposition avec le principe de dégressivité tarifaire. L'objectif de simplification fixé et réaffirmé par le Président de la République a conduit les différents ministères, dont le ministère de la Santé, à remettre en question les réglementations trop compliquées ou redondantes. Ce nouveau dispositif de dégressivité tarifaire, de par sa complexité et sa redondance, s'inscrit en totale contradiction avec la volonté du gouvernement.

### **Le dispositif est inéquitable pour les établissements qui seront financièrement impactés**

Il n'est pas envisageable de pénaliser un établissement dont l'activité augmente parce qu'il est implanté sur un

territoire attractif en termes de démographie, ou bien parce qu'il est le seul à réaliser telle ou telle activité de soins.

Il n'est pas envisageable de pénaliser un établissement dont l'activité augmente parce qu'il est spécialisé dans des domaines où la demande de soins est en forte progression de manière objective (cancérologie, insuffisance rénale chronique, etc.). Le rapport charges et produits pour 2014 de la CNAMTS montre que certaines maladies chroniques progressent jusqu'à 7 % par an.

Il n'est pas acceptable de diminuer les tarifs avec l'accroissement de l'activité, lorsque pour l'activité en question les textes réglementaires imposent un alourdissement des frais de fonctionnement en fonction du volume. C'est en particulier le cas en obstétrique et en dialyse, pour lesquelles l'augmentation d'activité impose par le biais des normes des augmentations de personnels, de locaux et d'équipements.

Certains établissements peuvent conduire des travaux de restructuration pouvant durer plusieurs années. De fait, l'activité s'en trouve réduite temporairement. Ils seront pénalisés à tort.

Il n'est pas acceptable d'appliquer le dispositif de dégressivité

tarifaire sur des activités subissant déjà l'application d'un effet négatif au titre des Tarifs issus des coûts (hémodialyse, chimiothérapie; etc.).

Globalement, une baisse tarifaire de 20 % au titre de la dégressivité tarifaire, telle qu'annoncée lors de la réunion du 18 décembre 2013, constitue sans conteste une vente à perte imposée aux établissements.

### **La dégressivité tarifaire doit-elle s'appliquer à toutes les activités ?**

Afin de garder une certaine cohérence entre les décisions publiques qui s'imposent aux établissements de santé, il n'est pas envisageable d'appliquer le dispositif de dégressivité tarifaire aux activités de soins :

- > soumises à des seuils d'activité minimums : activités de traitement du cancer, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, etc. ;
- > dont la question du volume est exogène à la décision d'hospitalisation et les maladies chroniques : obstétrique, insuffisance rénale chronique, activités de traitement du cancer, patients hospitalisés dans le cadre d'une prise en charge urgente, etc. ;
- > encadrées par un plan national : HAD, soins palliatifs, activités de traitement du

- cancer, périnatalité, etc. ;
  - > pour lesquelles les normes sont croissantes en fonction de l'activité : obstétrique et néonatalogie, dialyse, chimiothérapie, etc. ;
  - > déjà sanctionnées par une baisse tarifaire au titre des Tarifs issus des coûts : hémodialyse en centre, activités de traitement du cancer notamment chimiothérapie, etc. ;
  - > dont le développement est suscité par le biais d'incitations tarifaires : chirurgie ambulatoire ;
  - > nouvellement autorisées aux établissements ;
  - > de recours exceptionnels reconnus dans le cadre du dispositif MERRI ;
  - > innovantes dans leur prise en charge médicale ou organisationnelle ;
  - > des établissements de santé reconnus centre de référence pour une activité.
- En dehors de l'exclusion de ces activités, il convient d'avoir une approche la plus large possible, en excluant catégoriquement une approche par GHS.

### **Quelle doit être la période de référence retenue pour évaluer l'augmentation d'activité ?**

La problématique est d'assurer une comparaison fiable entre deux périodes, renvoyant à une activité normale de chaque établissement.

Pour cela, il est nécessaire de prendre en référence les trois années précédentes et de retenir l'année la plus favorable à l'établissement (n-1 ou n-2 ou n-3).

Par ailleurs, une correction des biais est indispensable, en particulier concernant :

- > les recompositions hospitalières : non seulement celles identifiées juridiquement mais aussi celles issues des SROS (ex. : cessation d'activité d'un site sans nouvelle autorisation donnée à un autre) ;
- > les réintégrations des produits issus de la liste en sus ;
- > les effets des augmentations de tarifs ;
- > les effets des travaux de restructuration conduits par les établissements de santé.

Enfin, il est essentiel que la transparence méthodologique et

des données soit respectée afin de permettre leur vérification dans les détails par chaque établissement.

### **Doit-on exclure les petites structures du dispositif et fixer un plafond des sommes récupérables par établissement ?**

La problématique d'un plancher est d'assurer une efficience du dispositif, au regard des difficultés d'application d'une part, et de la contribution de chaque établissement au dépassement de l'ONDAM d'autre part. Dans ces conditions, il semble pertinent que le mécanisme de récupération ne s'applique que si la somme récupérable au titre du dispositif de dégressivité tarifaire est supérieure ou égale à 30 000 euros.

Parallèlement, il semble pertinent de fixer un plafond aux sommes qui peuvent être récupérées au titre de la dégressivité tarifaire. Dans un souci d'équité entre établissements, ce plafond doit s'exprimer en % du chiffre d'affaires assurance maladie de chaque établissement. Il



## LE PRINCIPE DE DÉGRESSIVITÉ TARIFAIRE EST CONTRAIRE AU PRINCIPE DE QUALITÉ SELON LEQUEL « ON NE FAIT BIEN QUE CE QUE L'ON FAIT BEAUCOUP ».

ne saurait être supérieur au coefficient prudentiel. Par ailleurs, les établissements de santé reconnus « isolés » doivent être exclus du dispositif.

### Quels taux d'application pour le dispositif de dégressivité tarifaire ?

La DGOS a présenté un modèle qui prévoit que le dispositif de dégressivité tarifaire s'applique lorsque l'augmentation du CA assurance maladie de l'établissement dépasse 4 % ; que la dégressivité tarifaire s'applique sur la partie du CA supérieure à 4 % ; que le taux de dégressivité tarifaire sur cette partie du CA est de 20 %.

Dans la mesure où la FHP-MCO considère que ce dispositif doit exclure certaines activités, et qu'il faut néanmoins prendre en compte s'il y a une augmentation globale de chiffre d'affaires toutes activités confondues, il est demandé que le dispositif de dégressivité tarifaire ne

s'applique que si, et seulement si, les trois conditions suivantes sont remplies :

- > le CA assurance maladie global de l'établissement (après correction des biais) augmente de plus de 4 % ;
- > ET le CA assurance maladie de l'établissement sur les activités ciblées (après correction des biais) augmente de plus de 6 % ;
- > ET l'évolution des dépenses régionales participe au dépassement de l'ONDAM Hospitalier.

Concernant le taux de dégressivité tarifaire, il ne s'appliquera alors que sur la partie du CA des activités ciblées supérieure à 6 %. Enfin, le taux de dégressivité ne saurait en aucun cas être supérieur à 10 %.

### Des garde-fous incontournables

Quatre garde-fous sont incontournables sur le plan des principes :

- > la transparence de la méthodologie et des données est un préalable à toute mise en œuvre ;
- > la récupération des sommes ne peut en aucun être effectuée par prélèvement des montants sur les bordereaux S3404 adressés aux CPAM. Il est expressément demandé que les flux des opérations comptables soient distincts et respectés ;
- > une phase de validation et de procédure contradictoire doit être explicitement prévue ;
- > un comité de suivi de dispositif devra être mise en œuvre. Il est constitué notamment des fédérations hospitalières.

Dans le cadre de ce comité de suivi, la liste des établissements de santé concernés par l'application de ce dispositif sera communiquée à l'ensemble des membres ainsi que les données d'activité relatives à ces établissements





# ASSURER UNE MUTATION RESPONSABLE

# ENTREPRENDRE

La résistance mentale à faire évoluer notre monde hospitalier est forte car les contraintes bien réelles sont accablantes. Toutefois, il ne faut rien attendre de nos tutelles. Dans 10 ans, à quoi voulons-nous que notre secteur de l'hospitalisation privée ressemble ? Que faut-il dès aujourd'hui construire pour réussir ? Nous sommes des entrepreneurs !

## DES CLINIQUES ÉCORESPONSABLES

La FHP-MCO est partenaire du Comité pour le développement durable en santé (C2DS).

Le comité vise à sensibiliser les acteurs de la santé aux avantages des bonnes pratiques du développement durable afin de mieux maîtriser l'impact humain, environnemental et économique de leur activité.

L'hôpital, grand producteur de déchets liquides et solides, pollue. L'impact de l'activité même de soin, sur la santé des patients, des soignants, des prestataires, des riverains, n'est pas neutre. La priorité donnée à la logique curative sur celle préventive, maintient notre système sanitaire dans un cercle vicieux, voire schizophrène.

475 établissements de santé privés sont adhérents du C2DS et pour une très grande part évoluant dans le champ du MCO.

8 établissements de santé privés MCO et 16 centres de dialyse sont labellisés ISO 14001, et 8 sont enregistrés EMAS.

Un seul est ISO 26000.

Outre les 47 rubriques en développement durable de la newsletter « le 13h », en 2014, des fiches thématiques dédiées ont été délivrées. Enfin, les réalisations et les bonnes pratiques des établissements de santé privés MCO sont présentées régulièrement dans la newsletter du C2DS « L'infolettre » et dans ses communiqués de

presse, comme dans le 4<sup>e</sup> Guide des pratiques vertueuses en développement durable en santé, édité en mai 2015.

## LA CRISE EST UN DÉCLENCHEUR

Un développement dit durable doit permettre aux générations présentes de satisfaire leurs besoins, sans empêcher les générations futures de faire de même, selon la formule de Gro Brundtand, théoricienne du développement durable. Aujourd'hui l'équation est simple : que ce soit en matière de gestion des ressources environnementales ou de système de santé, notre modèle n'est pas soutenable.

*« Les limites économiques, sociales, environnementales de notre système sont là devant nous, ou déjà franchies : la crise structurelle actuelle en est la démonstration. Cette crise de notre système de santé et la perte de repères doivent, au contraire, motiver les professionnels de soins à dessiner les nouveaux paradigmes de la santé du XXI<sup>e</sup> siècle »,* déclare Olivier Toma, président du C2DS.



La Polyclinique du Blois est certifiée ISO 26000.

## **LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ÉVOLUENT AUJOURD'HUI DANS UN ENVIRONNEMENT ENCADRÉ**

### **Une europe ambitieuse : le paquet Énergie-Climat 2030**

En octobre 2014, les 28 États membres sont finalement parvenus à un accord sur les trois objectifs qui guideront la politique de lutte contre le réchauffement climatique de l'Union européenne au cours des prochaines années : les émissions de gaz à effet de serre devront diminuer d'au moins 40 % d'ici à 2030 par rapport à 1990 ; la part des énergies renouvelables devra être portée à 27 % du mix énergétique ; 27 % d'économies d'énergie devront être réalisées. Seul le premier objectif sera contraignant. Ce nouveau « *cadre d'action en matière de climat et d'énergie à l'horizon 2030* », qui devra encore être approuvé par le Parlement européen, remplacera un premier plan dit des « *3 fois 20* » (20 % de baisse des émissions, 20 % d'énergies renouvelables, 20 % d'économies d'énergie) adopté en 2009 et en vigueur jusqu'en 2020.

### **L'environnement, une valeur constitutionnelle**

Impulsée par Jacques Chirac lors de sa campagne présidentielle de 2001, la Charte de l'environnement devait ouvrir « *la voie à une véritable révolution, celle de l'écologie humaniste* ». Préparée par la commission Copenhague, la Charte est promulguée par la loi constitutionnelle du 1er mars 2005. La Constitution comprend dès lors, à la suite des deux premières générations des droits de l'homme – politiques, puis économiques et sociaux – une troisième génération, ceux relatifs à l'environnement. Les dix articles de la Charte s'articulent autour de trois principes fondamentaux : le principe de prévention, de précaution et celui de pollueur-payeur. « *La Charte est d'abord une démarche politique avant d'être juridique, dont la portée est éminemment symbolique* », déclare la commission Copenhague.

la Charte de l'environnement devait ouvrir « la voie à une véritable révolution, celle de l'écologie humaniste ».

### **Le gouvernement donne le la**

Conférence environnementale, Stratégie nationale de transition écologique vers un développement durable (SNTEDD), Plan national santé environnement (PNSE3), loi

de transition énergétique pour la croissance verte, les cadres structurants sont nombreux pour garantir une cohérence de l'action publique et faciliter l'appropriation par le plus grand nombre. Leur but n'est pas tant de contraindre les acteurs à une *révolution verte* mais de permettre à chacun de jouer sa partition, à son rythme et en fonction des instruments à disposition.

### **Vers un développement durable, la SNTEDD**

La troisième Conférence environnementale s'est tenue à Paris les 27 et 28 novembre 2014, portée par le Conseil national de la transition écologique. Elle a défini la feuille de route gouvernementale 2015 qui s'inscrit dans la Stratégie nationale de transition écologique vers un développement durable (SNTEDD), structurée en trois axes : la mobilisation nationale vers la COP21 ; les transports et la mobilité durable ; l'environnement et la santé. Adoptée par le gouvernement le 4 février 2015, elle comprend 74 mesures regroupées en 22 objectifs. Surtout, elle marque la grande entrée de la santé environnementale en lui ménageant une place... toutefois encore perfectible.

### **Une loi de transition énergétique ambitieuse**

Dans le prolongement des Grenelle de l'environnement (Grenelle 1 et 2), la loi de transition énergétique a été ardemment discutée au sein des deux chambres parlementaires. Le Sénat et l'Assemblée nationale peinent à se mettre d'accord sur le projet de loi, le différend portant principalement sur la date butoir et l'étendue de la réduction de la part du nucléaire dans la production d'électricité. La loi de transition énergétique sera votée au cours de l'année 2015 selon toute attente. Cette loi ambitieuse vise quatre grands objectifs :

- > réduire de 40 % nos émissions de gaz à effet de serre en 2030 et les diviser par quatre en 2050, par rapport à 1990 ;
- > porter la production d'énergie renouvelable à 32 % de notre consommation énergétique finale en 2030 ;
- > plafonner à 63,2 GW la puissance

nucléaire installée en France soit son niveau actuel ;  
> diminuer notre consommation d'énergie de 20 % en 2030.

Il s'agira concrètement de construire des bâtiments à énergie positive et de profiter de la réalisation de travaux importants pour améliorer significativement la performance énergétique mais également de lutter contre le gaspillage alimentaire en généralisant le tri des déchets à la source, de déployer des véhicules propres, etc. Stratégie nationale bas carbone, programmation pluriannuelle de l'énergie... vont apparaître demain dans vos établissements. Anticipez-les !

### **L'environnement est un déterminant majeur de la santé : le PNSE3**

« La pollution dégrade la nature et la santé mais la nature répare la santé », déclarait Ségolène Royal lors du Conseil des ministres le 12 novembre 2014 en préambule à la Conférence environnementale et au lancement du troisième Plan national de santé-environnement (PNSE3).

« La dégradation de la nature entraîne des atteintes parfois graves et influe sur quatre principales causes de mortalité : les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les affections respiratoires et les troubles neuro-développementaux. Mais un environnement sain, ménageant des contacts avec la nature et valorisant une biodiversité riche est un facteur avéré de prévention des maladies et un outil thérapeutique efficace », ajoutait-elle.

Le PNSE3 déployé en 2015-2019 comprend 107 actions, et constitue la feuille de route gouvernementale pour réduire l'impact

## **EN 2015, CAP SUR LE REPROCESSING**

Des travaux d'études communs avec le C2DS seront réalisés sur le reprocessing. Il est identifié comme une source d'économies et s'inscrivant dans une démarche de développement durable en capacité de réduire les déchets, les transports et la production de gaz à effet de serre.



des altérations de notre environnement sur notre santé. Il trouve des applications législatives dans le volet *santé environnement* du projet de loi de modernisation du système de santé.

Les actions 49 à 52 et 88 à 90 concernent plus spécifiquement les leviers pertinents au regard de la lutte contre le réchauffement climatique disponibles pour les professionnels de santé. « *La qualité environnementale n'est pas un adjuvant accessoire des politiques de santé publique mais une condition déterminante de leur efficacité* », Ségolène Royal, ministre de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Energie, novembre 2014.

### **RÉFORME DU FINANCEMENT ET DE LA TARIFICATION : OÙ EN SOMMES-NOUS ?**

Les travaux du CORETAH ont essentiellement consisté à présenter, pour information, les décisions du gouvernement pour la LFSS 2015. La mesure IFAQ de la LFSS 2015 n'est pas une réelle obligation législative mais est avant tout un acte politique du gouvernement pour montrer sa détermination à faire évoluer le modèle de T2A en prenant en compte une dimension qualité.

Par ailleurs, la question de la pertinence des soins est une préoccupation partagée. Cependant, les modalités concrètes et la place des médecins ne sont pas traitées. De plus, la logique de sanction prévaut à celle de la pédagogie en cas de refus de signer le contrat.

Enfin, il est nécessaire de prévoir un modèle de financement mixte pour les ex-HL à dominante médecine (seuil à définir : 150 séjours ?) qui pourra être élargi à l'ensemble des hôpitaux de proximité (fin du régime dérogatoire au 1<sup>er</sup> mars 2015). La DGOS annonce le maintien sous DAF jusqu'en 2016 les établissements de santé majoritairement SSR.

### **LES EXPÉRIMENTATIONS DE FINANCEMENT AU PARCOURS**

Concernant le parcours des enfants et adolescents atteints d'obésité complexe, l'objectif sera de répondre à des spécificités de prise en charge avec notamment la nécessaire coordination des acteurs. Concernant le parcours, trois millions de personnes atteintes d'une maladie rare en France et pour lesquels 65 % de ces maladies sont graves et invalidantes, cinq objectifs sont poursuivis. Tout d'abord celui de s'assurer de la coordination entre tous les acteurs impliqués puis du continuum enfants/adultes évitant les patients « perdus de vue » lors de ce passage. Ensuite, développer un recueil de données puis faire évoluer la configuration des centres de référence maladies rares (non revue depuis 10 ans). Le quatrième objectif sera de définir un modèle de financement adapté à la mise en œuvre de cette coordination avec en parallèle des travaux sur la révision de la modélisation de certaines dotations MIG.

**« LA QUALITÉ ENVIRONNEMENTALE N'EST PAS UN ADJUVANT ACCESSOIRE DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE MAIS UNE CONDITION DÉTERMINANTE DE LEUR EFFICACITÉ », SÉGOLÈNE ROYAL, MINISTRE DE L'ÉCOLOGIE, DU DÉVELOPPEMENT DURABLE ET DE L'ÉNERGIE, NOVEMBRE 2014.**

Enfin, concernant le parcours en IRCT, les expérimentations relatives à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, prévue par la LFSS pour 2014, vont être lancées dans six régions arrêtées par le ministère en 2015. Ce projet a donc au moins un an de retard par rapport au calendrier initial. Les six régions sont : l'Alsace, l'Aquitaine, le Languedoc-Roussillon, les Pays-de-la-Loire, la Réunion, Rhône-Alpes.

Dans le cadre de ces expérimentations, et conformément à la LFSS, il sera possible de déroger aux règles de financement actuelles, et notamment aux règles relatives aux tarifs, honoraires, prestations et rémunération.

Le parcours en cancérologie a justifié quant à lui la création dans le cadre du CORETAH (Comité de réforme de la tarification hospitalière), d'un Comité de pilotage spécifique, qui a décidé la constitution de trois groupes techniques pour élaborer des propositions sur le virage ambulatoire (notamment HDJ), l'évolution des prises en charge du cancer par chimiothérapie orale et l'organisation de l'accès aux soins de support.

En partenariat avec l'AFC-UNHPC, la FHP-MCO a également participé aux travaux de ces groupes techniques. Ces travaux initiés en 2014 doivent aboutir en 2015 à l'élaboration de mesures devant permettre une facilitation du virage ambulatoire en cancérologie et un développement des soins de support.

### **L'EXPÉRIMENTATION EN RADIOTHÉRAPIE**

Le contexte fixant la volonté du législateur présente la nécessaire régulation des dépenses de santé, l'activité de radiothérapie se caractérise par une forte évolutivité, liée aux progrès de la spécialité (évolution des outils, des techniques, des contrôles, des pratiques, etc.). Et enfin, les modalités de financement sont hétérogènes selon les secteurs d'activité et il est constaté une tendance à l'augmentation des dépenses, pour le secteur hospitalier en 2012 : 432,17 M€ (soit +6,7 % par rapport à 2011), pour le secteur libéral en 2012 : 388 M€ (soit +7,3 % par rapport à 2011).

L'objectif est de moderniser le modèle de financement de la radiothérapie afin de mieux prendre en compte la notion de parcours du patient, l'évolution des techniques et thérapeutiques et les impératifs de qualité et de sécurité des soins, mais également d'être dans une logique d'incitation aux bonnes pratiques et de neutralité du statut juridique des acteurs (hospitalier ou libéral).

Le périmètre de l'expérimentation est limité au traitement par radiothérapie externe des cancers du sein et de la prostate.

Il s'agit d'un modèle dit « intégré » qui ne serait plus fondé sur la séance ou la dose totale d'irradiation mais tenant compte de l'intégralité des paramètres du traitement de radiothérapie.

Enfin, la construction du nouveau modèle de financement et détermination du périmètre, sera en concertation avec les professionnels et institutionnels concernés.

### **L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DES USLD**

Les travaux proposés par la DGOS consistent à s'appuyer sur une mission IGAS/IGF début 2015 pour améliorer l'état de connaissance du secteur USLD, clarifier son positionnement dans l'offre de soins et proposer un mode de financement adapté. L'achèvement des travaux est prévu en 2017.

### **LES RÉ-HOSPITALISATIONS ÉVITABLES ET FINANCEMENT : L'EXEMPLE AMÉRICAIN ET LES PERSPECTIVES POUR LA FRANCE**

La DGOS annonce qu'un travail préliminaire sera entrepris avec l'ATIH et la CNAM. Un groupe de travail associant les fédérations hospitalières, des représentants de la médecine de ville sera mis en place.

### **LE GUIDE DE FACTURATION DES PRESTATIONS ANNEXES**

Un Guide pratique de facturation des prestations pour exigence particulière du patient à destination des établissements de santé devrait nous être adressé pour avis pour la fin de l'été. En particulier concernant la position DGOS sur

« l'interdiction de facturer en cas d'isolement obligatoire (prescription médicale, obligation réglementaire liée aux conditions techniques de fonctionnement ou nécessité médicale) : par exemple, en cas de prise en charge en réanimation, en soins intensifs ou en surveillance continue ; » ou encore « facturation en sus de frais non prévus par la réglementation (exemple des forfaits d'assistance aux démarches administratives) et pratiques commerciales parfois contestables. »

### **LA RÉGULATION PAR CHAMP D'ACTIVITÉ**

La DGOS souhaite continuer à se doter d'outils de régulation des dépenses. Les outils à sa disposition sont la détermination du volume prévisionnel annuel par secteur, le gel des enveloppes MIGAC, FIR, DAF, FMESPP, le coefficient prudentiel et prochainement la dégressivité tarifaire. La DGOS souhaite compléter cet arsenal en mettant en place un mode de régulation différenciant entre activités (GHM ? CMD ?, etc.) au sein de l'ODMCO.

### **LE DÉVELOPPEMENT DE L'HAD**

La DGOS lance l'idée d'un forfait global MCO/HAD pour favoriser le recours à la HAD. La FHF et la FHP-MCO se sont opposées à cette notion de forfait global.

### **FOCUS SUR LE S3404 : ARLÉSIENNE OU RÉALITÉ FIN 2015 ?**

La dernière réunion d'étape du 4 mai 2015 organisée par la CNAMTS portant sur la dématérialisation du S3404 fait suite à la décision du conseil d'administration FHP-MCO des 11 & 12 septembre 2014 de mettre en œuvre le deuxième projet de la CNAMTS présenté à la FHP-MCO (après notre refus du projet CNAMTS du mois de février 2014). Cette dématérialisation du S3404 ne modifie pas la réglementation en matière d'obligation de signature du bordereau S3404 mais en permet la suppression des supports papiers. Cependant, la solution de mise en œuvre d'un mandat donné à l'établissement par les médecins pour signer les S3404 est possible. Dans ce

cas, la facture comportera simplement la mention « mandat » en lieu et place de la signature du/des praticiens. Cette option est à privilégier pour procéder à une réelle simplification de la procédure de facturation.

Cette dématérialisation du S3404 concerne en définitive l'ensemble des activités MCO, SSR et Psy. Les SSII disposeront du cahier des charges en juin 2015 afin d'être opérationnels en fin d'année 2015.

Les prochaines étapes sont la communication de la note technique CNAMTS à la FHP, la validation juridique par la CNAMTS le 20 mai 2015, le suivi de la présentation du projet aux SSI le 28 mai au matin, la diffusion du cahier des charges aux SSII en juin 2015. Et enfin le lancement de la mise en œuvre en novembre et décembre 2015.



# SIMPLIFIER LES NORMES ET REFORMER LE DROIT DES AUTORISATIONS ?

**A quand le choc de simplification promis par le gouvernement ?  
La FHP-MCO combat pied à pied en amont et en aval chacun  
des dispositifs de complexification ! L'hospitalisation privée doit  
pouvoir disposer des mêmes autorisations que le secteur public.**

Suite aux dernières réflexions du groupe de simplification, et compte tenu des ordonnances à venir, la discussion sur la modification (et non plus simplification) du droit des autorisations devrait être organisée dans une autre cadre non défini à ce jour.

## **Réforme des autorisations : Etat des lieux des réflexions DGOS / HAS**

La dernière réunion importante sur ce sujet a essentiellement porté sur le lien certification et autorisation. L'objectif général annoncé est celui de rendre opposables les impératifs de qualité et de sécurité des soins. Comment ? En combinant des objectifs de résultats aux normes de moyens tout en ciblant les points critiques (risques

majeurs). Pour cela ? Deux étages dans le dispositif opposable.

Un premier niveau décrit les exigences essentielles liées à la sécurité du patient (continuité de soins, compétences professionnelles, composition des équipes, organisation de l'environnement technique et des équipements, organisation du parcours patient incluant amont et aval de l'activité).

Un deuxième niveau décline la mise en œuvre de la PACQS obligatoire.

En conséquence, le poids accru des conditions de qualité et de sécurité de soins (CQS) dans les décisions des ARS pour apprécier le bénéfice/risque d'une autorisation afin de mettre à disposition de celle-ci un faisceau d'indices... Mais assez paradoxalement on nous

annonce « pas de compétence liée des ARS pour les autorisations ».

## **Le régime d'autorisation de demain reposerait sur trois niveaux d'exigence**

- > Normes de moyens : conformité à la réglementation.
- > Objectifs de Résultats : indicateurs IPAQSS, PMSI.
- > « Barrières » de sécurité : seuils d'activité, résultats d'inspections contrôles, prise en compte des résultats de certification, respect des recommandations de bonnes pratiques, indicateurs de résultats (mortalité,...), obligations du DPC, CBU, pertinence des soins, IFAQ,...

L'expression de la HAS souligne deux points : le droit des autorisations va vers la démarche

qualité par les seuils d'activité, les dossiers d'évaluation, et la certification a besoin d'informations préalables (visites d'inspections et de contrôles, fiche interface établissements / ARS / HAS).

### **La HAS propose 4 niveaux d'intervention**

#### **Type 1**

- > Cibler les secteurs à risques où la régulation doit être structurante (périnatalité, urgences, interventionnel).
- > Simplifier le manuel
- > Avoir des priorités de visites (seuils d'investissement).

#### **Type 2**

- > Substituer le compte qualité à l'annexe qualité du CPOM.
- > Un compte qualité « socle » dans le cadre de stratégies de groupes territoriaux.
- > Privilégier le compte qualité pour certaines catégories d'établissements afin de mieux doser « l'effort ».

#### **Type 3**

- > Définir des changements prioritaires dans la régulation par la qualité.
- > Cadencer ces priorités sur 10 ans : où porter l'effort ?
- > Management de la qualité et des risques de l'établissement
- > Dossier du patient et système d'information clinique.

- > Définition des parcours génériques (filières, admission-sortie, pertinence) et parcours par grandes catégories.
- > Procéder à des visites thématiques de prise en charge.
- > « Faire de la traçabilité intelligente ».
- > Socle commun HAS et ANESM.

#### **Type 4**

- > Suppression des certifications avec réserve : place croissante du sursis qui est « un droit de contrainte par effet de réputation et de mobilisation interne ».
- > Réserves et sursis en V2010 après visite initiale : 46 % (8 % certifiés avec réserves après suivi).
- > Le sens de la non certification doit être mieux établi et documenté : une non certification doit être structurante.
- > Un nouveau type de décision à introduire pour éviter le recours inapproprié à la non certification ? La HAS ne pourra pas prolonger les sursis sous peine de perdre en efficacité.
- > Mise sous surveillance rapprochée, sous administration provisoire ?
- > La compétence liée du DGARS ne se justifierait que dans le cadre d'une non certification.

### **Rappel des positions FHP-MCO sur cette affaire établies lors du séminaire du conseil d'administration FHP- MCO de septembre 2014**

- > Les seuils d'activité doivent être appréciés par établissement et non par médecin.
- > L'établissement de santé, seul détenteur du relais possible (exemple le CHU est seul détenteur d'une unité de réanimation), a l'obligation de signer la convention relais lorsqu'elle est nécessaire pour l'autorisation d'activité d'un autre établissement.
- > Les démarches de gestion du risque et des retours d'expérience peuvent être un élément d'appréciation de l'autorisation.
- > Il ne doit pas y avoir de lien entre certification HAS et autorisation.
- > Les autorisations doivent avoir une durée de vie de dix ans.
- > Il ne doit pas y avoir de régime d'autorisation par sous-spécialité.
- > Une visite de conformité est obligatoire pour toutes nouvelles autorisations avec toutefois une version allégée pour les renouvellements.



Luc Ferry, ancien ministre, philosophe, intervenait à la Convention FHP-MCO 2014 sur « La société française de demain... »

## Les actions de la FHP-MCO

Dans le cadre du choc de simplification initié par le gouvernement, le pôle juridique s'est efforcé d'être force de propositions. Ses travaux ont concerné les activités de dialyse, d'obstétrique et de chirurgie ambulatoire ainsi que le bordereau S3404, les CPOM et le régime des autorisations. L'évolution normative voulue par le ministère a été l'occasion de s'arrêter et de travailler sur des dispositions aujourd'hui inadaptées à la réalité du terrain. Nos travaux relatifs à l'obstétrique ont tenté de mettre un terme à la pratique selon laquelle les ratios de sages-femmes sont déterminés uniquement en fonction de seuils fixés en amont par décret. Après

consultation de la commission naissance, il nous est apparu plus cohérent qu'un équivalent temps plein supplémentaire ne devrait pas être requis si un dépassement du seuil des 200 naissances n'a été constaté que sur une année, le nombre de naissances pouvant, l'année d'après, repasser en dessous du seuil. De plus, nous avons demandé au ministère que les établissements exerçant l'activité d'obstétrique soient libres de déterminer le nombre de chambres individuelles dont ils doivent disposer en fonction de la demande réelle dans leur territoire. Concernant les CPOM, nous avons rédigé une proposition visant à rendre plus cohérent le dispositif des durées d'autorisation d'activité avec la durée du CPOM et de la durée des financements.

En effet, actuellement signé pour 5 ans, le CPOM et la durée d'autorisation n'offrent pas une visibilité suffisante, de même la gestion de ces contrats d'objectifs qui, par la production de bilans intermédiaires, entraînent une surconsommation en temps passé, en ressources administratives et en archives peu utiles, voire inutilisées.

## Concernant la dialyse...

Concernant l'activité de dialyse, l'année 2014 a été très riche en propositions et de nombreuses réunions se sont tenues à la DGOS. Des mesures visant à assouplir les normes de personnel ainsi que les normes matérielles ont été faites par la FHP Dialyse et la FHP-MCO lors des différents groupes de travail auxquels nous avons participé.



Bien que les mesures proposées par notre syndicat doivent encore recevoir l'arbitrage du cabinet, certaines ont déjà reçu un avis favorable majoritaire du groupe de travail : la suppression de la limitation à deux patients par jour sur un même poste en unité d'autodialyse assistée pour la passer à trois ; l'hémodiafiltration en ligne en unité d'autodialyse assistée, qui a également reçu un accueil favorable par la majorité des parties prenantes. D'autres propositions ont également été proposées par la FHP-MCO et la FHP Dialyse et seront également soumises à l'arbitrage du cabinet. Concernant les générateurs d'hémodialyse, il a été proposé de supprimer l'obligation pour les établissements de remplacer les générateurs tous les sept

ans et d'augmenter le nombre d'heures de fonctionnement maximum posé par l'arrêté de 2005. Concernant les ratios de personnel, l'objectif est de permettre plus de souplesse et tendre vers un ratio compris entre une borne basse et une borne haute qui serait adapté à l'activité mais également à la charge en soins. Enfin, concernant l'IDE d'astreinte en dialyse péritonéale à domicile : il s'agit de permettre la mutualisation des astreintes infirmières. L'IDE d'astreinte ne serait plus cantonnée à la dialyse péritonéale à domicile mais pourrait travailler sur une autre activité. Certains membres du groupe de travail ont également proposé des modifications substantielles des normes en dialyse comme l'harmonisation

des consultations médicales pour les trois modalités de dialyse. L'ensemble des participants sont tombés d'accord sur une visite médicale trimestrielle pour les trois modalités. Le caractère optionnel du système de traitement d'eau en hémodialyse : l'objectif est de permettre à l'établissement de santé d'installer, au domicile du patient qu'il prend en charge, soit un générateur d'hémodialyse et un système produisant l'eau pour l'hémodialyse, soit un système d'hémodialyse garantissant la qualité du dialysat.





# VEILLER À L'IMPLICATION DES PARTIES PRENANTES

# CO-CONSTRUIRE ET INFLUER

A l'instar des établissements de santé, la performance de la FHP-MCO passe par la prise en compte de ses parties prenantes qui composent sa sphère d'influence. Retour sur les actions 2014.

## LES TEMPS FORTS

### Convention annuelle, le pouls de la profession

Trois grandes motivations ont présidé à l'organisation de la convention annuelle des 11 et 12 juin 2014 : fédérer autour de valeurs communes, celles de la qualité, l'efficacité, l'humanité ; être fiers de défendre l'hospitalisation privée ; faire toute la transparence sur les chantiers majeurs pour la profession. « *La réussite de ce congrès à la participation croissante est symbolique. Une communauté ne se décrète pas, elle se construit pas à pas* », affirment Ségolène Benhamou et Lamine Gharbi.

**« LA LOI DE SANTÉ EST UNE RUPTURE DE CHANCE ET D'ÉGALITÉ ! NOUS REFUSONS D'ÊTRE EXCLUS DE FAIT ET VASSALISÉS »**

### Trois grandes thématiques présidaient à la convention 2014

Pas de santé sans parcours ! Comment la notion de parcours de soins nous amène à repenser l'organisation sanitaire globale ? Le parcours de soins implique de repenser l'organisation pour plus de fluidité et d'efficacité. Finis les longs séjours à l'hôpital, désormais, la prise en charge se pense sur le long terme, de la prévention au retour à la maison, et hors des murs de l'hôpital.

Révolution 2.0 : le secteur privé s'engage dans la transition numérique. DMP, systèmes de messagerie sécurisée avec les médecins de ville, partage des données, téléconsultations, etc. La santé est à l'aube d'une véritable révolution numérique. Comment le secteur privé tire-t-il son épingle du jeu virtuel ?

L'avenir de la santé, un financement en forme de point d'interrogation. A l'heure où le projet de loi de Santé était juste ébauché en juin 2014, le coût de la santé et le financement du secteur privé sont plus que jamais incertains.

### Séminaire stratégique du CA : on s'arrête et on réfléchit !

Chaque année pendant deux jours, les administrateurs se réunissent pour un conseil d'administration stratégique pour faire le point sur les chantiers de l'année mais surtout pour arrêter des positions

« Dénouons l'intox qui entretient l'idée de ce portier imaginaire, et de surcroît surdoué, qui sélectionnerait les patients à l'entrée car il aurait le don de prédire la charge en soins nécessaires durant le séjour du patient ! La réglementation et le régime des autorisations d'une part et les allocations de ressources d'autre part sont aujourd'hui des outils de nature politique qui nous ouvrent ou nous barrent la route », Lamine Gharbi



politiques fortes qui guideront la feuille de route du syndicat de l'année à venir.

*« La loi de santé est une rupture de chance et d'égalité ! Nous refusons d'être exclus de fait et vassalisés »* tonnait le président d'entrée de jeu.

Il s'agissait aussi de déminer l'idée reçue la plus ancrée dans les esprits : le patient d'une clinique est-il différent de celui d'un hôpital ?

Les représentants de l'hospitalisation publique justifient la différence de tarif entre secteurs par une différence de patientèle prise en charge. Selon eux, le public prend en charge les patients les plus lourds, en termes de charge en soins, le privé ciblant son activité sur des pathologies sélectionnées, à fort rendement financier. C'est oublier qu'il y a plus de 2 500 tarifs qui prennent en compte la lourdeur... introduisait le Dr Michèle Bрами, médecin conseil à la FHP-MCO.

*« Dénonçons l'intox qui entretient l'idée de ce portier imaginaire, et de surcroît surdoué, qui sélectionnerait les patients à l'entrée car il aurait le don de prédire la charge en soins nécessaires durant le séjour du patient ! La*

## POUR LUTTER CONTRE L'INTOX, DEUX POINTS À RETENIR

**1** L'hospitalisation privée accueille les mêmes patients que l'hôpital à capacité égale et à niveau d'autorisation comparable.

**2** L'histoire et le régime des autorisations du système sanitaire induit une orientation des patients dans les structures.

Historiquement, les cliniques développaient la chirurgie, alors que l'hôpital s'illustrait dans la médecine. Le secteur privé ne dispose pas d'autorisations pour la greffe d'organe et l'accueil de grands brûlés. Enfin seuls 25 % des cliniques ont une autorisation de service d'urgences.



règlementation et le régime des autorisations d'une part et les allocations de ressources d'autre part sont aujourd'hui des outils de nature politique qui nous ouvrent ou nous barrent la route », déclarait Lamine Gharbi. Le conseil d'administration a également travaillé sur la politique sociale. Comment se donner les moyens de s'illustrer par une politique sociale innovante ?

Bilan, explication et débat avec Jean-Louis Maurizi, président de la commission sociale de la FHP. « Mon rôle de président de la commission sociale est simple : d'une part, négocier avec les organisations syndicales selon les instructions du Comex de la FHP qui me donne un mandat clair, et d'autre part, aider la profession à réfléchir sur l'innovation nécessaire en matière sociale », déclarait-il en introduction à ses propos.

Les administrateurs se sont enfin penchés sur le TJP, une variable d'ajustement commode des recettes des établissements... publics !

Deux poids, deux mesures, le ticket modérateur sur les soins (TM) est calculé différemment selon que l'établissement de santé est de statut public ou ESPIC (TJP), ou ex-OQN, à partir du GHS.

Selon l'étude de Santéclair réalisée en 2013 à partir de la facturation de 7 750 séjours correspondant à une semaine d'activité des back offices de trois assurances complémentaires, les séjours en établissements privés génèrent moins de reste à charge qu'à l'hôpital, dépassements d'honoraires compris. Un différentiel faible mais qui prend à rebours toutes les idées reçues !

## POSITIONS ADOPTÉES PAR LE CA DE NICE

**CONTRE** un service territorial de santé au public piloté par une ARS juge et partie

**CONTRE** un service public hospitalier soumis à un bloc d'obligations stipulant en premier lieu l'absence de compléments d'honoraires

**CONTRE** les groupements hospitaliers de territoire constitués des établissements publics avec en ligne de mire la remise en place des schémas régionaux des GHT et d'une assistance publique en région

**POUR** la suppression du TJP qui impacte lourdement le reste à charge pour le patient

**POUR** la suppression du bordereau papier S3404 et sa réalisation sous 12 mois

**POUR** la simplification des normes

**POUR** le financement à la qualité (programme IFAQ), sans pénalité financière

**POUR** une politique sociale innovante et ambitieuse

## Parler la langue « usagers »

Le 25 septembre 2014, 250 participants et une quinzaine d'intervenants ont participé à la 5<sup>e</sup> édition du Congrès des représentants des usagers, à la Maison des Arts et Métiers à Paris. Trois tables rondes se sont succédées sur les thèmes de la médiation, les nouvelles technologies dans la relation patients et la communication autour du représentant des usagers pour une meilleure visibilité auprès des patients et du grand public. Un focus sur les systèmes de santé français et allemand a fait l'objet d'un dialogue croisé et enfin un point sur l'actualité de la fonction de *représentant des usagers* a clos la journée.



## CLUB DES MÉDECINS DIM DU SECTEUR PRIVÉ

Outre la mission de vous défendre politiquement et économiquement auprès des tutelles nationales, la FHP-MCO a également la mission de vous accompagner dans vos pratiques quotidiennes. Les réunions du Club des médecins DIM sont une des réponses à cette mission. Ce Club est né du souhait de la FHP-MCO et de son groupe de travail « Évolution de la classification des GHM », piloté par le Dr Marie-Paule Chariot, de favoriser échanges et partages d'expériences entre médecins DIM. Il est à noter que le groupe plus réduit sur « Évolution de la classification des GHM » travaille au long cours.

Comme l'année précédente, deux réunions du Club des médecins DIM ont été programmées en 2014, 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> édition déjà depuis la création du Club. A nouveau, ces réunions ont répondu à un réel besoin, comme le prouve le nombre de participants respectivement 58 et 69 professionnels, principalement des médecins DIM, mais également quelques TIM ou directeurs, représentant près de 300 établissements.

Lors de la 6<sup>e</sup> réunion du Club, le 25 mars, les discussions et présentations étaient organisées autour de la campagne tarifaire et de la classification 2014, avec des interventions de l'équipe de la FHP-MCO : Thierry Béchu, délégué général, Dr Michèle Brami, médecin conseil, Dr Marie-Paule Chariot, médecin partenaire, et Laure Dubois, économiste. L'autre grand thème abordé était le suivi du dossier de financement de la qualité, et ce pour répondre à la demande des participants ayant répondu au questionnaire proposé en 2013. Un focus a été ainsi consacré à l'expérimentation IFAQ, Incitation financière à l'amélioration de la qualité, en présence du Dr Paul Garassus, président du conseil scientifique du BAQIMEHP, vice président de la Société française d'économie de santé et président de l'UEHP, et d'Etienne Minvielle, responsable scientifique COMPAQ-HPST. Enfin, le Dr Eric Ekong, responsable du pôle MCO/HAD au sein du service *classifications, information médicale et modèles de financement* de l'ATIH, a présenté les nouveautés de la classification V11f.

La dernière réunion biannuelle du Club des médecins DIM le 2 décembre 2014 était quant à elle placée « sous le signe de la convivialité et de l'inquiétude par rapport à la loi de Santé ». Elle était marquée par une nouveauté, celle de l'ouverture au secteur SSR. Eric Noël a ouvert la séance, en présentant le calendrier SSR pour le financement à l'activité en 2016. Les autres thématiques évoquées portaient sur les contrôles externes de la T2A, sujet présenté par deux médecins conseils de la CNAMTS, et les possibilités de récupérations financières. Enfin, le médecin DIM de la clinique Ambroise Paré à Neuilly-sur-Seine est intervenu sur la traçabilité des dispositifs médicaux implantés, permettant aux patients de sortir de la clinique avec une liste actualisée des dispositifs médicaux implantés.

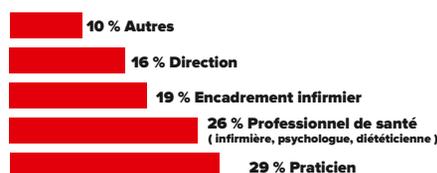
Il est à noter que le groupe plus réduit sur « Évolution de la classification des GHM » travaille au long cours.

## Un sondage pour mieux se connaître

Le Club des médecins DIM lançait un sondage en octobre 2014 pour mieux connaître sa corporation. Sur les 450 interlocuteurs, 134 ont répondu, ils sont à 93 % médecins DIM.

Les membres du Club représentent ainsi 22 spécialités, dont 30 % sont des généralistes. Avec 57 % d'hommes et 43 % de femmes, la parité est presque atteinte, sachant que l'âge moyen des répondants s'élève à 53,5 ans. Le sondage révèle aussi qu'en général, les médecins DIM travaillent dans plusieurs établissements (5,8 en moyenne), le plus souvent ce sont des établissements du même groupe (42 % des cas). Dans une très grande majorité des cas, peu importe qu'il s'agisse d'établissements

### Votre fonction



### L'animation



# FAVORISER LES ÉCHANGES ET LE PARTAGE D'EXPÉRIENCES ENTRE MÉDECINS DIM

Retour sur la 7<sup>e</sup> édition du Club des Médecins DIM du 2 décembre 2014 avec le Dr Marie-Paule Chariot, médecin partenaire de la FHP-MCO et pilote du Club des médecins DIM.

## Comment s'est déroulée cette réunion biannuelle du Club des médecins DIM ?

Pour sa 7<sup>e</sup> édition, la réunion du Club des médecins DIM a été placée sous le signe de la convivialité et de l'inquiétude par rapport à la loi de Santé. Les débats ont été riches, ces réunions sont toujours un temps d'échanges important. Nous avons évoqué l'exhaustivité et la véricité du codage des actes, et cette année, nous avons ouvert la réunion aux SSR, et c'est Eric Noël qui a ouvert la séance, en présentant le calendrier SSR pour le financement à l'activité en 2016.

## Quels sont les points plus particuliers que vous avez évoqués ?

Un autre point d'actualité, les contrôles externes de la T2A, présentés par deux médecins conseillers de la CNAMTS et les possibilités de récupérations financières. La CNAMTS choisit les thèmes, et chaque région définit les ciblage. Nous avons également eu une intervention extrêmement intéressante du médecin DIM de la clinique Ambroise Paré, à Neuilly-sur-Seine, sur la traçabilité des dispositifs médicaux implantés, qui permet aux patients de sortir de la clinique et d'avoir une

liste actualisée des dispositifs médicaux implantés. Le problème auquel nous sommes confrontés aujourd'hui est que le référentiel de la HAS en matière de DMI est obsolète, par rapport aux dernières évolutions de la science. Nous avons



**Les réunions de notre Club répondent à un réel besoin, comme le prouve le nombre important de participants et leur satisfaction.**

également évoqué la campagne tarifaire de l'ATIH 2014-2015, en particulier la refonte des CMD17, sur les tumeurs ganglionnaires non solides. Dans les mises à jour 2014-2015, nous avons également mentionné la nécessité d'affiner le recueil du diabète et de

mettre en place des codes de précarité chez les patients. La dégressivité tarifaire et le coefficient prudentiel étaient également à l'ordre du jour. Nos travaux vont se prolonger en 2015, avec pour objectif une meilleure cohérence des coûts et des soins.

## Que retirez-vous du questionnaire sur les médecins DIM réalisé par la FHP-MCO ?

Cet état des lieux de notre profession sera plus largement commenté lors de notre prochaine réunion, au printemps prochain, mais d'ores et déjà, on note que la profession est très féminisée, qu'elle concerne des médecins confirmés, en milieu de carrière, un profil proche de celui des chirurgiens. Ces médecins administratifs ont une implication différente des médecins qui soignent, avec beaucoup de temps partiels, cependant, ils sont très fidèles à leur poste et à leur position. En conclusion, nous sommes très satisfaits des réunions du Club des médecins DIM, elles remportent toujours autant d'adhésion parmi nous, et nous remercions les directeurs d'établissements de les rendre possibles.

indépendants (90 %), de plusieurs établissements du même groupe (73 %) ou de plusieurs établissements sans lien juridique entre eux (96 %), c'est la direction générale qui est en charge du département DIM. Enfin, le sondage révèle aussi la diversité des associations spécialisées dans l'information médicale auxquelles adhèrent les répondants, la plus fréquentée étant le COTRIM (37 %).

### **CLUB DES SOINS PALLIATIFS ET DE SUPPORT**

Le 10 décembre 2013 se tenait la troisième réunion du Club des soins palliatifs et de support organisée par l'AFC-UNHPC, la FHP-CSSR, la FHP-MCO, et pilotée par les Docteurs Anne Mallet et Philippe Tourrand. Au programme, des thématiques très pointues.

Lucas Morin de l'Observatoire national de la fin de vie a présenté une étude du PMSI par l'ONFV et l'ATIH concernant les séances de chimiothérapie réalisées avant le décès d'un patient. Le Dr Valérie Jeanne Bardou de la CNAMTS a fait un

point sur les problématiques de contrôle T2A en soins palliatifs. Elle a notamment rappelé les conditions nécessaires au typage de ces séjours. Un panorama des données d'activité recueillies via la SAE et le PMSI en soins palliatifs a été présenté. Il a donné lieu à un échange concernant le dynamisme et les freins des structures privées dans leurs différents types de prise en charge. Françoise Neumann et le Docteur Philippe Rigaud du Centre Annie Enia de Cambo-les-Bains ont présenté les spécificités des prises en charge relevant des Soins Palliatifs en SSR.

Cette journée a permis d'aborder plusieurs thèmes sélectionnés à partir des sollicitations des membres du Club. Mission remplie : les participants étaient satisfaits de cette journée à 53 %, voire très satisfaits pour 44 % d'entre eux.

Les participants au Club sont pour un tiers des médecins.



# LES PRATICIENS LIBÉRAUX AIMENT LEUR CLINIQUE

## DES MÉDECINS SATISFAITS

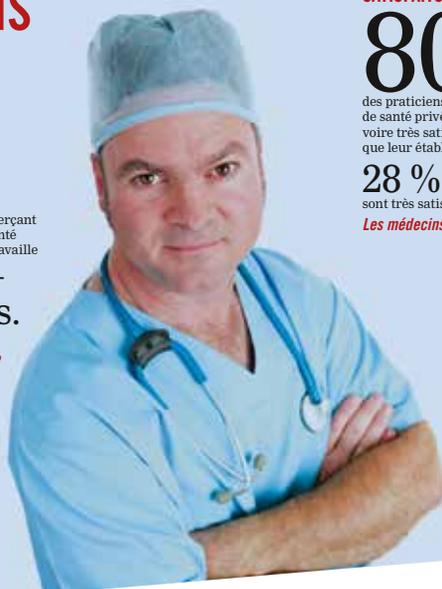
Des praticiens en phase  
avec les cliniques

### FIDÈLES

Parmi les médecins exerçant  
en établissement de santé  
privé MCO, 1 sur 2 y travaille

depuis +  
de 15 ans.

*Les médecins aiment  
l'hospitalisation privée  
et ils y restent.*



SATISFAITS VOIRE TRÈS SATISFAITS

80 % 

des praticiens exerçant en établissement  
de santé privé MCO sont satisfaits  
voire très satisfaits des modes d'exercice  
que leur établissement leur offre.

28 %  
sont très satisfaits.

*Les médecins aiment leur clinique !*

PROMOTEURS

90 %

des répondants conseilleraient  
à un jeune confrère de les rejoindre  
dans un établissement de santé privé.

*Les médecins sont des ambassadeurs  
des établissements privés.*

## DES PROFESSIONNELS MOTIVÉS

Les principales motivations  
pour choisir un établissement  
de santé privé MCO

LIBERTÉ D'EXERCICE

81 %

Pour 81 % des répondants,  
la liberté d'exercice est la motivation  
n° 1 (60 %) ou n° 2 (21 %).

*Les praticiens ne sont pas  
« libéraux » par hasard.*



QUALITÉ DE L'ENVIRONNEMENT  
DE TRAVAIL

62 %

Pour 62 % des répondants, la qualité  
de l'environnement de travail est la  
motivation n° 1 (22 %) ou n° 2 (40 %).

*Les médecins trouvent  
dans nos cliniques des plateaux  
techniques modernes,  
des équipes soignantes  
professionnelles  
et une fluidité d'organisation.*



RÉMUNÉRATION

26 %

Pour 26 % des répondants,  
la rémunération  
est la motivation n° 1 (7 %)  
ou n° 2 (19 %).

*Une idée reçue enfin  
démentie ! Une minorité  
de praticiens choisit la  
rémunération comme  
motivation n° 1.*



## VERS LA PÉNURIE

1 médecin sur 2  
est âgé de plus  
de 53 ans ; 40 % ont  
plus de 56 ans



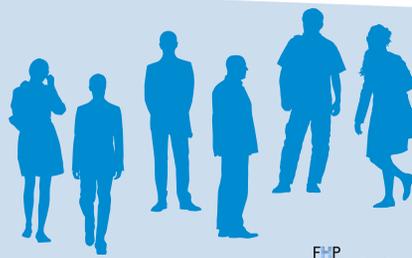
D'ici  
5 ans

18 % des  
médecins  
exerçant dans  
l'hospitalisation  
privée MCO  
seront en âge  
de partir à la  
retraite.



D'ici  
10 ans

Les établissements  
de santé privés  
MCO devront  
renouveler  
40 %  
de leur corps  
médical.



FHP  
MCO  
MÉDECIN CHIRURGE DENTISTE

## DEVELOPPER LES ACTIONS DE COMMUNICATION

### Dialogue santé, cliniques et praticiens travaillent ensemble

Quatre fois par an, *Dialogue Santé* affiche un dossier sur une question d'économie de la santé, en direction des praticiens. Ce quatre pages, grand format, tiré à 32 000 exemplaires 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. En 2014, on a discuté médecine libérale, perspectives européennes de l'hospitalisation privée, transition numérique, et PLFSS.

### Le séminaire annuel stratégique en 4 pages

Pour rendre compte du travail d'analyse et de prospective réalisé par les administrateurs lors du séminaire annuel de deux jours, la FHP-MCO publie un document de quatre pages de synthèse. Cette année à Nice, le conseil d'administration a planché principalement sur les ripostes à prévoir au projet de loi de Santé. Il s'est également interrogé sur « *le patient d'une clinique est-il différent de celui d'un hôpital ?* », a débattu sur la mise en œuvre d'une politique sociale innovante et s'est enfin penché sur les restes à charge des patients, notamment le TJP.

### Le grand rendez-vous avec les représentants des usagers

Ce congrès annuel des représentants des usagers est un temps fort de la vie démocratique de la rentrée de la FHP-MCO. Il rassemble chaque année plus de 250 personnes sur le « travailler ensemble ». Les interventions et échanges du 25 septembre 2014 entièrement retranscrits font l'objet d'une publication. Ces annales sont diffusées à l'ensemble des adhérents du syndicat et viennent enrichir le fonds documentaire de la FHP-MCO.

### Praticiens libéraux et cliniques et hôpitaux privés, un même destin !

1 300 praticiens ont participé au sondage de la FHP-MCO lancé en octobre 2014 concernant la satisfaction et les motivations

## 80 % DES PRATICIENS LIBÉRAUX SONT SATISFAITS, VOIRE TRÈS SATISFAITS, DES MODES D'EXERCICE QUE LEUR ÉTABLISSEMENT LEUR OFFRE.

du corps médical libéral à exercer dans les établissements de santé privés. Un sondage qui a donné lieu à la création et diffusion auprès de tous les adhérents, d'une infographie sous forme d'affichette à utiliser sans modération.

Les médecins aiment leur clinique ! C'est le premier enseignement de ce sondage. Pas de doute sur ce point mais ça va toujours mieux en le disant avec l'aide d'éléments objectivés et chiffrés.

Les motivations des médecins à choisir les établissements privés sont claires.

La première, figure dans l'intitulé du statut des médecins qui exercent dans les cliniques : ce sont des praticiens libéraux. Une liberté d'entreprendre et d'exercer chevillée au corps ! La seconde motivation vient récompenser les efforts des établissements de santé privés : mettre à disposition des outils de travail efficaces et modernes. Enfin, la rémunération n'est pas une motivation première car les médecins ne sont que 7 % à la citer comme motivation n° 1 (19 % comme motivation n° 2), ce qui dément catégoriquement l'idée reçue qui consiste à voir les médecins comme des financiers avant de les voir comme des soignants.

Enfin, et c'est un enjeu majeur pour les établissements de santé privés, la pénurie des talents médicaux est très préoccupante. L'âge médian de 53 ans de l'échantillonage représentatif des répondants au sondage signifie concrètement que d'ici dix ans, les cliniques devront renouveler 40 % de leur corps médical. Mais une donnée apporte satisfaction et espoir : 90 % des médecins libéraux sont les promoteurs des établissements de santé privés auprès de leurs jeunes collègues !



## Un tour de France en vidéo des talents de l'hospitalisation privée

En 2013, la FHP-MCO lançait la réalisation de 6 reportages vidéo dans des maternités privées. En 2014, c'était au tour de cinq services d'urgences et de cinq services de chirurgie de recevoir la visite de notre journaliste caméraman. Cette collection vivante se construit progressivement et sera enrichie en 2015 de reportages sur l'activité de médecine notamment. Ces reportages d'environ trois minutes sont compilés et font l'objet de documentaires thématiques de valorisation de l'hospitalisation privée. Séparément ou rassemblés, les reportages sont diffusés auprès des professionnels du secteur ainsi qu'à l'ensemble des parties prenantes de la FHP-MCO.

## Une visibilité accrue sur le net

L'année 2014 a réuni plus de 108 000 visites, soit une augmentation de 18,38 % par rapport à l'année 2013 et près de 80 540 visiteurs uniques. Les internautes ont en moyenne passé près de 1,30 min sur le site en 2014, et lisent un peu moins de 2 pages. La visibilité du site de la FHP MCO continue de croître sur le web, ce qui conforte la position de référence du syndicat.

## Une prise de parole digitale régulière de la FHP-MCO

Grâce au fil de publication de dépêches, abordant les sujets d'actualité obstétrique, de financement et tarification, de législations et règlements, et une actualité plus globale du monde de la santé privé, la FHP-MCO se positionne comme référent d'une information fiable et régulière. Le rendez-vous hebdomadaire des 13h et 3 questions à, analyse l'environnement de la santé actuel et affirme la position de la FHP-MCO quant aux évolutions de cet environnement, et permet un échange interactif avec des acteurs clefs du monde de la santé.

Des articles de fond, publiés au minimum bimensuellement dans « Le Blog », démontrent l'expertise de la FHP-MCO sur les innovations santé. Les sujets d'e-santé et les comptes-rendus d'événements santé ont été des sujets abordés de manière récurrente en 2014.

Optimisation des salles de discussions. Ouvertes en 2012 aux membres du Club de l'information médicale, les salles de discussions de la FHP-MCO sont un lieu d'échange et de partage d'information. 11 discussions ont été lancées en 2014 qui ont générées 36 prises de parole. Il y a actuellement un volume de 195 documents accessibles au téléchargement sur la base documentaire du Club.

## Un nouveau format de dépêches

Un nouveau format des dépêches a été lancé fin 2014. Leur format de 600 pixels permet une impression facilitée sans débordement latéral, une visualisation du contenu facilitée et compatible avec les différents lecteurs mails et supports de lecture. De plus, leur design « flat » correspond aux tendances digitales actuelles, ce qui permet

## DÉCOUVREZ LES TALENTS DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

- > A La Roche-sur-Yon, ville moyenne en pleine expansion, le service d'urgences de la Clinique St Charles est bien identifié par la population.
- > Au cœur des Pyrénées, se niche la Clinique St Michel, établissement isolé. Les habitants de Prades bénéficient d'un service d'urgences de proximité.
- > Dans le 78, un territoire à très forte population, le plus gros service d'urgences privé est le cœur battant de l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien.
- > Les services d'urgences privés accueillent tous les patients mais certains se sont spécialisés, comme à Angers au Centre de la main. Un pionnier qui a développé un SOS Mains.
- > La Clinique Victor Pauchet à Amiens a structuré un réel service d'urgences pour ses patientes en maternité.
- > A Neuilly-sur-Seine, la Clinique Ambroise Paré a été choisie par les internes des Hôpitaux de Paris pour découvrir la chirurgie lourde pratiquée dans le secteur privé.
- > La Clinique des Cèdres à Cornebarrieu près de Toulouse rivalise avec ses pairs sur les meilleurs taux de prise en charge en ambulatoire.
- > A la Clinique St Augustin à Bordeaux, ce n'est pas un mais deux robots qui facilitent les actes des chirurgiens.
- > La Clinique du Bois à Lille dispose d'un des plus grands services de cancérologie au nord de Paris et pratique la chirurgie complexe du cancer.



à la FHP-MCO de se positionner comme un syndicat innovant et moderne.

### **La FHP-MCO dans la presse**

En dépit du phénomène de désintermédiation de l'information, avec l'émergence des médias sociaux et des blogs, les journalistes demeurent des leaders d'opinion importants auprès des décideurs et du public. Leur rôle s'en trouve même renforcé.

La FHP-MCO a continué en 2014 son effort engagé ces dernières années pour obtenir une visibilité accrue dans les médias afin de faire valoir ses prises de position, ses propositions et ses arguments dans le débat.

### **Une coordination étroite avec la FHP**

De même que les années précédentes, l'accent a été mis sur une coordination étroite avec la FHP pour insister sur l'unité du mouvement et mieux relayer les positions et revendications de la fédération sur un ensemble de sujets : campagne tarifaire, récupération du CICE, arrêt des stages infirmiers, projet de loi de Santé, situation économique des cliniques, missions de service public, etc.

Cette coordination a été renforcée après l'élection du nouveau président de la FHP à mi-année, puisque celui-ci est demeuré jusqu'en décembre président de la FHP-MCO.

### **Une part de voix en hausse très importante dans les médias**

Ainsi, sur le premier semestre 2014, deux conférences de presse conjointes ont été organisées avec la FHP, neuf communiqués de presse ont été diffusés et de nombreuses interviews ont pu être placées dans les médias. Des rencontres régulières des dirigeants de la FHP-MCO ont été également organisées avec des journalistes de grands médias lors de déjeuners de presse.

En termes d'écho médiatique, ces actions ont donné lieu à un nombre très important de retombées presse sur l'ensemble du premier semestre, avec 422 articles ayant mentionné la FHP-MCO ou son président Lamine Gharbi (contre 271 en 2013, sur l'ensemble de l'année).

Ces articles se décomposent en grands types de médias : 274 articles sur internet, 145 en presse écrite et agences généralistes et spécialisées. Toutes les grandes familles de presse ont été investies : presse professionnelle et spécialisée, presse régionale, presse quotidienne nationale et presse magazine grand public. Cette couverture a permis de toucher un grand nombre de publics cibles : pouvoirs publics, décideurs nationaux et régionaux, parties prenantes (médecins, personnels, fournisseurs, etc.), ce qui contribue à renforcer l'image de puissance du syndicat et sa crédibilité auprès des pouvoirs publics. Fin 2014, la FHP-MCO s'est rapprochée de l'agence Wellcom pour l'accompagner dans ses relations avec les médias, dès la mise en place de la nouvelle présidence.

Un audit a été mené auprès de médias influents (APM, Hospimedia, Quotidien du Médecin...) qui ont pu exprimer leurs attentes, comme la mise en relation avec des experts nationaux et régionaux ou encore la connaissance des actions et initiatives dans le secteur, au-delà des réactions à la politique de santé ou encore tarifaire.

Cet audit a permis de construire, en cohérence avec la stratégie de communication, un plan d'actions RP basé sur une communication de preuves qui favorise la proximité et l'échange avec les médias. A ce titre, un travail de référencement de Ségolène Benhamou a été initié dès sa nomination.

**422 ARTICLES ONT  
MENTIONNÉ LA FHP-MCO :  
274 ARTICLES SUR INTERNET,  
145 EN PRESSE ÉCRITE ET  
AGENCES GÉNÉRALISTES  
ET SPÉCIALISÉES.  
80540 VISITEURS UNIQUES  
SUR LE SITE WEB**

**LesEchos**  
LE JOURNALISME ET L'ÉCONOMIE

**LE FIGARO**

**france  
info**

**france  
inter**

**APM International**  
www.apmnews.com

**acteurspublics.com**

**DÉCISION SANTÉ**

**HOSPIMEDIA**  
L'agence d'information du secteur hospitalier

**LE QUOTIDIEN  
DU MEDECIN**

LES MÉDECINS PRENNENT LA PAROLE  
**egora**



# ANNEXES



# LES ÉDITOS

## 2000 SIGNES POUR INTERPELLER ET MOBILISER LES ACTEURS

**09 JANVIER 2014**

Une FHP-MCO  
puissance 14 !

**16 JANVIER 2014**

La social-démocratie

**23 JANVIER 2014**

L'utopie d'aujourd'hui  
est la réalité de demain

**30 JANVIER 2014**

Réduire nos tarifs,  
c'est réduire l'emploi...

**6 FÉVRIER 2014**

NON !

**13 FÉVRIER 2014**

Combien de bataillons ?

**20 FÉVRIER 2014**

Touche plus  
à ma clinique !

**27 FÉVRIER 2014**

2 NON et 1 NSP

**06 MARS 2014**

Négociations

**13 MARS 2014**

Le début !

**20 MARS 2014**

Amis médecins, nous  
sommes avec vous !

**27 MARS 2014**

Rue d'Amsterdam

**03 AVRIL 2014**

Vous restez ? Nous  
aussi !

**10 AVRIL 2014**

Santé où es-tu ?

**17 AVRIL 2014**

D'abord un principe  
d'efficience

**24 AVRIL 2014**

La santé est créatrice  
de richesse

**30 AVRIL 2014**

Plus que  
de la vigilance...

**07 MAI 2014**

Un « retournement »...  
dans le bon sens

**15 MAI 2014**

Deux nouveaux  
cadres...

**22 MAI 2014**

Pour la biodiversité !

**28 MAI 2014**

On se voit  
les 11 et 12 juin ?

**05 JUIN 2014**

Question de confiance

**12 JUIN 2014**

Convention  
de la FHP-MCO 2014 :  
un retour en photos

**20 JUIN 2014**

Soyons ambitieux !

**26 JUIN 2014**

Bravo !

**03 JUILLET 2014**

Bras de fer avec l'ARS

**10 JUILLET 2014**

Le meilleur pour le patient

**17 JUILLET 2014**

Montbéliard, un cas d'école

**24 JUILLET 2014**

Faire mieux avec moins

**31 JUILLET 2014**

Bonnes vacances !

**04 SEPTEMBRE 2014**

J'aime l'entreprise

**11 SEPTEMBRE 2014**

Une bombe à fragmentation

**18 SEPTEMBRE 2014**

Deux poids, deux mesures

**25 SEPTEMBRE 2014**

Préparer le meilleur

**02 OCTOBRE 2014**

Un octobre rouge... et rose

**09 OCTOBRE 2014**

Une lente politique de démolition

**16 OCTOBRE 2014**

La logique de sanction

**23 OCTOBRE 2014**

Ébola : nous nous préparons pour être opérationnels

**30 OCTOBRE 2014**

Prévenir !

**06 NOVEMBRE 2014**

Sortie de crise ou crise de nerfs ?

**13 NOVEMBRE 2014**

Philae

**20 NOVEMBRE 2014**

Légitime défense

**27 NOVEMBRE 2014**

La « chambre des erreurs »

**04 DÉCEMBRE 2014**

Un rapport de force

**11 DÉCEMBRE 2014**

Une riposte historique

**18 DÉCEMBRE 2014**

Edito de Ségolène Benhamou, présidente de la FHP-MCO en vidéo

**24 DÉCEMBRE 2014**

La bataille médiatique

**31 DÉCEMBRE 2014**

Un dialogue combatif

# LES DÉPÊCHES MCO

## UNE VEILLE JURIDIQUE, ECONOMIQUE ET DOCUMENTAIRE PRECIEUSE

---

**02/01/2014**

CBUM - Instruction de mise en œuvre du nouveau CBUM

---

**02/01/2014**

Tarification des séjours MCO des patients relevant de l'AME

---

**02/01/2014**

Retour sur la 5e réunion du Club des Médecins DIM

---

**07/01/2014**

Financement des RCP via le FIR

---

**08/01/2014**

**PRESSE.** Déficit des hôpitaux : un retour à l'équilibre en trompe-l'œil

---

**15/01/2014**

Guide EMAS pour les établissements de santé

---

**22/01/2014**

Modalités de facturation des actes externes des médecins salariés

---

**22/01/2014**

Implants multifocaux

---

**23/01/2014**

Réintégration, par le juge, d'HEXVIX dans la liste en sus

---

**23/01/2014**

**PRESSE.** Sous-exécution de l'ONDAM 2013

---

**31/01/2014**

Salles de discussion et base documentaire FHP-MCO

---

**31/01/2014**

Comment s'abonner à la newsletter FHP-MCO ?

---

**31/01/2014**

Modalités d'utilisation des spécialités à base de fer injectable

---

**03/02/2014**

Premier atlas mondial des Soins Palliatifs

---

**04/02/2014**

**AGISSONS.** Les cliniques entrent en résistance

---

**04/02/2014**

Guide Méthodologique PMSI MCO 2014

---

**07/02/2014**

Appels à projets 2014 de la DGOS

---

**07/02/2014**

Club soins palliatifs et de support

---

**07/02/2014**

Modalités de formation (radioprotection et certification des organismes de formation)

---

**11/02/2014**

**PRESSE.** Troisième plan cancer présidentiel

---

**13/02/2014**

6e Club des Médecins DIM

---

**19/02/2014**

**AGISSONS.** 72 % !

---

**21/02/2014**

Médicaments - Prise en charge en sus, rétrocession et prix

**21/02/2014**

CONVENTION FHP-MCO - 11-12 juin 2014

**21/02/2014**

Lettre HospiDiag - Chirurgie - février 2014

**24/02/2014**

Arrêté 2014 Mise à disposition du public de vos indicateurs qualité et sécurité des soins

**24/02/2014**

Revue des projets d'investissement - RPI

**25/02/2014****AGISSONS.** L'heure de l'action**26/02/2014**

Arrêté prestations 2014

**26/02/2014**

Nouveau modèle de financement du traitement du cancer par radiothérapie externe

**28/02/2014****PRESSE.** Baisse des tarifs en 2014 : Pour les cliniques, c'est le pacte d'irresponsabilité**28/02/2014**

Arrêté Tarifaire 2014

**03/03/2014**

Enquête I-SATIS

**03/03/2014****PRESSE.** Tarifs et CICE : la FHP-MCO dénonce les contre-vérités de la ministre de la Santé**06/03/2014**

Spécialité pharmaceutique - remboursement du Yondelis

**07/03/2014**

Facturation au 1er mars - Message aux caisses d'assurance maladie

**10/03/2014**

Accès des infirmiers au diplôme d'IBODE par la VAE

**11/03/2014**

Notice technique ATIH « nouveautés financement »

**12/03/2014****AGISSONS.** Un compromis de sortie de crise**13/03/2014**

Enquête I-SATIS - Questionnaire national

**13/03/2014**

Sortie de maternité : conditions de sortie et modalités de suivis

**21/03/2014**

Enquête I-SATIS

**26/03/2014**

Alerte / Déménagement - équipe FHP-MCO non joignable le jeudi 27 mars

**26/03/2014**

Enquête d'impact - Instruction du 11 mars 2014

**31/03/2014**

Instruction coefficient prudentiel

**03/04/2014**

Gestion du risque en 2014

**04/04/2014**

Enquête I-SATIS - Partenariat BAQIMEHP

**09/04/2014**

Première circulaire budgétaire relative à la campagne tarifaire 2014

**09/04/2014**

Dotations régionales MIGAC / FIR / FMESPP 2014

**14/04/2014**

Prise en charge financière des transferts secondaires

**16/04/2014****PRESSE.** Economies de la sécurité sociale : le principe d'efficacité des dépenses doit guider les choix**16/04/2014**

Mission d'intérêt général (MIG AMP)

**17/04/2014**

Point campagne dossier patient en MCO et DAN

**22/04/2014**

T2A - Priorités nationales de contrôle pour 2014

**23/04/2014**

Financement MERRI

**23/04/2014****AGISSONS.** Simplifier !**24/04/2014**

2e Journée financement MIGAC/FIR

**29/04/2014**

CBUMPP - Dispositif de contrôle et évolution des dépenses

**30/04/2014**

Modalités de facturation des actes externes des médecins salariés

**05/05/2014**

Financement MIGAC

**05/05/2014**

Convention annuelle - les 11 et 12 juin 2014 à l'Espace Cardin

---

**22/05/2014**

**PRESSE.** Tarifs journaliers des hôpitaux : un scandale à un milliard d'euros

---

**03/06/2014**

Certification V2014

---

**03/06/2014**

Elaboration et gestion du compte qualité

---

**02/06/2014**

Nouvelle version de la base LPP - Version 348

---

**16/06/2014**

IFAQ - Nouvel appel à candidatures

---

**17/06/2014**

Étude CTC Conseil / FHP-MCO : Observatoire économique et financier 2014

---

**17/06/2014**

Transmission des données PMSI et financement des établissements de santé

---

**23/06/2014**

Nouvelle version de la base LPP / version 350

---

**24/06/2014**

Application ATIH

---

**01/07/2014**

Modalités de facturation des actes externes des médecins salariés

---

**01/07/2014**

**PRESSE.** Naissances : des sorties de maternité plus rapides n'entraîneront pas les économies annoncées

---

**01/07/2014**

Campagne de recueil 2014 de l'indicateur optionnel

---

**03/07/2014**

Nouvel appel à candidatures IFAQ

---

**08/07/2014**

5e Congrès des représentants des usagers et associations de santé

---

**08/07/2014**

Chirurgie ambulatoire

---

**09/07/2014**

Qualité de vie au travail et Certification V2014

---

**09/07/2014**

Recherche clinique - contractualisation avec les promoteurs industriels

---

**18/07/2014**

Bourses SFAR CSL-Behring et SFAR Aguettant

---

**22/07/2014**

Facturation en sus des médicaments et DMI intégrés dans les GHS et forfaits

---

---

**22/07/2014**

Transmission des données PMSI et financement des établissements de santé

---

**23/07/2014**

Prise en charge des médicaments sous ATU passés sous AMM

---

**24/07/2014**

**PRESSE.** Enquête sur les coûts de production hospitaliers - les cliniques privées MCO plus efficaces et économes pour la collectivité

---

**25/07/2014**

Demande de renouvellement des autorisations de programme d'éducation thérapeutique

---

**29/07/2014**

Facturation des transports secondaires définitifs par SMUR

---

**30/07/2014**

Modalités de facturation des consultations et actes externes des médecins salariés

---

**01/08/2014**

Appel d'offre PREPS : usages et impacts du programme Territoire de Soins Numériques

---

**18/08/2014**

Modalités de facturation des consultations et des actes externes des médecins salariés

---

**19/08/2014**

**PRESSE.** A Calais, les cliniques soignent tout le monde, même les migrants blessés, et... gratuitement !

---

**19/08/2014**

Dotations régionales MIGAC 2014

---

**21/08/2014**

Instruction relative aux indicateurs prévus par le modèle de rapport d'étape annuel

---

**03/09/2014**

Clarification des dispositions relatives aux autorisations

---

**16/09/2014**

Campagne de recueil 2014 de l'indicateur optionnel

---

**16/09/2014**

Seconde phase d'expérimentation du dispositif des infirmiers de coordination en cancérologie

---

**18/09/2014**

DREES - Colloque Enquête urgences - 18 novembre 2014

---

**30/09/2014**

**SAVE THE DATE** - 7e Club des Médecins DIM

---

**30/09/2014**

Nouvelle version de la base LPP / version 359

**01/10/2014**

Enquête en direction de 35 000 praticiens libéraux MCO

**02/10/2014**

Colloque : Chirurgie ambulatoire – Mettre l'équipe opératoire et les soignants au cœur du système

**06/10/2014**

Procès-verbal 7e AG du 11/06/2014 + AG du 17/12/2014

**08/10/2014**

Facturation des transports secondaires définitifs par SMUR

**10/10/2014****COLLOQUE** : Enquête nationale sur les urgences hospitalières**10/10/2014**

5e Club des soins palliatifs - 10 février 2015

**13/10/2014**

Nouveau catalogue de formation 2015

**22/10/2014**

Dotations régionales MIGAC - Arrêté du 15 octobre 2014

**28/10/2014**

Newsletter n° 7 de la CNPCMEHP

**29/10/2014**

Enquête à destination des médecins DIM du secteur privé

**31/10/2014**

HAS : Parution du Guide méthodologique V2014

**31/10/2014**

Cahier des charges - expérimentation des maisons de naissance

**05/11/2014**

Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance - certification

**07/11/2014**

Délégation des crédits MERRI - Recensement des établissements bénéficiaires

**10/11/2014**

Enquête OPERA de la SFAR

**12/11/2014**

Convocation à l'assemblée générale de la FHP-MCO - 17 décembre 2014

**24/11/2014**

Facturation des actes externes des médecins salariés

**24/11/2014**

Dotations régionales FMESPP 2014

**28/11/2014****PRESSE.** Dialyse : la simplification des normes administratives ne remet en cause ni la qualité ni la sécurité des soins**03/12/2014**

Modification CCAM et CCAM différenciée

**03/12/2014**

Dotations régionales MIGAC 2014

**03/12/2014**

Dotations régionales FIR 2014

**03/12/2014**

Dégel coefficient prudentiel

**04/12/2014**

Le 3e Plan national santé environnement

**05/12/2014**

Deuxième circulaire de campagne tarifaire 2014

**05/12/2014**

Audit énergétique et responsabilité élargie des producteurs

**12/12/2014**

Save the Date : Journée d'information FHP-MCO sur le programme IFAQ

**12/12/2014**

Campagne tarifaire 2014

**20/12/2014****PRESSE.** Ségolène Benhamou élue Présidente de la FHP-MCO**22/12/2014**

Format dépêche FHP-MCO

**23/12/2014**

Arrêté relatif à la pose des valves aortiques percutanées

**23/12/2014**

Facturation des transports secondaires définitifs par SMUR

**24/12/2014**

CCAM différenciée

**31/12/2014**

Dépenses de l'Assurance maladie 2014

**31/12/2014**

Recueil et traitement du PMSI MCO 2015

**31/12/2014**

Circulaires de fin de campagne tarifaire 2014 et arrêté des dotations annuelles de financement

# « 3 QUESTIONS À » LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

Les « 3 questions à », c'est l'occasion d'interpeller chaque semaine un professionnel de la santé sur l'actualité, le quotidien de son travail ou un dossier qui lui tient à cœur. Que ce soit un retour à chaud ou un éclairage original d'une thématique essentielle par une personnalité publique nationale, « 3 questions à » prend le pouls du secteur de la santé et fait connaître les engagements de ses acteurs. Extraits...

13 MARS 2014

## Emmanuel Loeb

INTERNE EN PSYCHIATRIE, PRÉSIDENT DE L'INTERSYNDICAT NATIONAL DES INTERNES (ISNI).

# LES INTERNES RÉCLAMENT L'ACCÈS AUX STAGES DANS LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

La mobilisation des établissements privés a permis de valoriser son action permanente dans la formation de professionnels de santé, infirmières mais également internes. Interview d'Emmanuel Loeb, interne en psychiatrie, président de l'Intersyndicat national des internes (ISNI).

### Où en est-on de la formation des internes dans les établissements privés MCO ?

L'ISNI a toujours promu l'ouverture des stages pour les internes dans les établissements privés car, d'une part, les capacités de formation pour certaines spécialités et dans certaines subdivisions commencent à être plus que limitées ; et d'autre part, les stages en établissements privés permettent aux internes d'entrevoir un autre mode d'exercice que celui enseigné dans les établissements publics. L'ISNI a conscience des blocages qui existent dans de nombreuses subdivisions empêchant l'accès à de tels stages par les internes, mais regrette également dans le même temps que les fédérations régionales de la FHP, ne prennent pas plus contact avec les structures représentatives des internes dans chaque subdivision, qui sont pourtant les éléments indispensables à la mise en place de ces stages.

### Quelle place accordez-vous aux cliniques MCO dans la formation des internes ?

Les internes réclament l'accès à des stages dans les établissements privés. Cependant, il est à souligner que les conditions permettant un agrément pour ces terrains de stages (le fait de pouvoir accueillir

des internes) devront remplir les mêmes standards que celles pour les terrains de stage dans les établissements publics. De plus, il sera nécessaire de garantir aux internes affectés à ce type de stages de pouvoir réaliser ces derniers de manière sécurisée, sans que des éléments extérieurs auxquels les internes ne sont pas reliés, ne puissent porter atteinte à leur formation.

### Comment peut-on co-construire l'avenir ?

L'ISNI a engagé de longue date un partenariat avec votre secteur. Ainsi, c'est dans le cadre d'une réflexion sur le long terme que s'est construit progressivement l'accueil des internes par les établissements privés et que se mène également un échange sur la problématique du post-internat. Encore une fois, l'ISNI engage l'ensemble des partenaires régionaux à consulter les structures représentatives des internes dans chacune des subdivisions qui sont les plus à même de faire aboutir concrètement de tels projets.



27 MARS 2014

## Dr Jean-Paul Ortiz

NÉPHROLOGUE À PERPIGNAN, ÉLU LE 22 MARS DERNIER À LA PRÉSIDENTIE DE LA CONFÉDÉRATION DES SYNDICATS MÉDICAUX FRANÇAIS (CSMF).

### JE VEUX ÊTRE UN PRÉSIDENT DE COMBAT

**Vous venez d'être élu président de la CSMF. Quelles sont, selon vous, les forces qui caractérisent la CSMF ?**

À mon sens, la CSMF a trois forces principales. D'abord c'est le syndicat médical historique avec 85 ans d'existence et majoritaire. En tant que tel, il est incontournable. Ensuite, nous sommes devenus majoritaires parce que nous sommes combattifs et constructifs. Quand la CSMF s'engage dans un combat, on peut être sûr qu'elle le mènera jusqu'au bout car elle est fiable. Enfin notre force vient de notre composition car tous les médecins se retrouvent chez nous : généralistes, spécialistes, ruraux, urbains. Nous fédérons les médecins dans toute leur variété et leur richesse.

**Pour parer au plus urgent, à quel chantier allez-vous vous atteler en premier lieu ?**

La priorité majeure sera incontestablement non pas la revalorisation, mais bel et bien la valorisation tarifaire concernant notamment les actes de consultation cliniques. Le prix de la consultation n'a pas été revu à la hausse depuis 2011 ! Nous nous battons pour une consultation à 25 euros. Nous observons un blocage sur toute la grille tarifaire pour la CCAM technique, il faut vraiment réévaluer le coût de la pratique qui stagne depuis dix ans...



Nous sommes bien entendu conscients de la situation économique actuelle qui est difficile, mais les économies qui ont été faites sur la médecine de ville peuvent permettre ce rééquilibrage. Ainsi, nous pensons qu'une revalorisation tarifaire est légitime.

**Vous êtes porteur d'espoir pour les adhérents de la CSMF. Quel président souhaitez-vous être ?**

Un président de combat ! Je sais que ce qui m'attend n'est pas de tout repos et je suis prêt à monter au créneau s'il le faut et il le faudra. Ensuite, je souhaite rester en contact avec le terrain, c'est pour cela que je garde mon cabinet à Perpignan où je serai les lundis et mardis. Les autres jours, je serai au siège de la CSMF. Il est important pour moi de ne pas être déconnecté de l'exercice médical. De surcroît, je souhaite rester en relation étroite avec les régions car elles rassemblent énormément de ressources et de compétences. Bon nombre d'évolutions sont dues à la richesse des URPS. Je souhaite être un président en phase avec le terrain et les régions.

17 AVRIL 2014

## Frédérique Gama

PRÉSIDENTE FHP-RHÔNE-ALPES ET DIRECTRICE DE LA CLINIQUE CHARCOT À SAINTE FOY-LÈS-LYON.

### L'UNION FAIT LA FORCE

#### Où en est l'hospitalisation privée en Rhône-Alpes ?

Depuis deux ans, la Région Rhône-Alpes a beaucoup progressé dans sa relation avec les tutelles, sur les informations qu'elles communiquent notamment. Nous avons été l'une des premières régions à obtenir les sommes distribuées

par fédération et, depuis cette année, par établissement entre les MIG et les AC ; également l'une des premières à avoir pu obtenir les plans de retour à l'équilibre. Cette transparence sur les sommes allouées nous donne une qualité de travail indéniable pour rééquilibrer dans le temps les sommes octroyées entre le

public et le privé. De plus, nous avons gagné en crédibilité puisque nous avons participé à plusieurs tables rondes avec l'ARS au cours desquelles nous avons pu étayer notre point de vue juridique et pratique. Ceci nous vaut désormais d'être un interlocuteur de référence en matière de réflexion pour faire évoluer le SROS, le CPOM et toutes les annexes qui en découlent. Nous avons également négocié un très bon contrat d'objectifs et moyens, avec des objectifs plutôt raisonnables et peu contraignants pour les établissements. Sinon, dernièrement, nous sommes montés au créneau lors de la grève des stagiaires infirmiers puisque nous étions solidaires de la démarche nationale, sans défaillance interne de ceux qui avaient adhéré au mouvement, et les premiers à faire la une des journaux, y compris télévisés.



#### Quels sont vos chevaux de bataille actuellement ?

Nous avons bien entendu aussi des dossiers plus complexes qui demandent beaucoup de ténacité et d'énergie comme, par exemple, la cardiologie ou la cancérologie dont certaines autorisations sont remises en cause. Ceci sera sans aucun doute notre chantier pour l'année à venir. Il faut rester très vigilant sur ces sujets, notamment la cardiologie. Sinon, nous allons nous attaquer au financement des MIG et des AC, aussi nous serons très attentifs à la communication qui sera faite au niveau national pour vérifier la bonne application sur le plan régional afin d'obtenir au final un certain nombre de financements pour le secteur privé.

#### Quelle est, selon vous, votre force ?

L'un des atouts principaux de notre région est de partager beaucoup avec l'ensemble de nos adhérents, qu'ils soient MCO, SSR ou psy. À l'échelon régional, nous essayons d'avoir une attitude commune et un certain consensus, notamment vis-à-vis des tutelles. Nous nous réunissons souvent, partageons autant que faire se peut les informations, relisons ensemble les courriers destinés à l'ARS. Cela nous permet de parler d'une voix et chacun sait que l'union fait la force.

12 JUIN 2014

Philippe Juvin

DÉPUTÉ EUROPÉEN (UMP), CHEF DU SERVICE DES URGENCES DE L'HÔPITAL EUROPÉEN GEORGES-POMPIDOU.

## LE SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS N'EST PAS COMPRIS À L'EXTÉRIEUR

**Comment envisagez-vous la stratégie nationale de santé et la future loi de santé présentée le 17 juin prochain dans les locaux du ministère de la Santé ?**

À mon avis, elle relève malheureusement d'une vision incantatoire de la médecine et témoigne d'une absence de colonne vertébrale très gênante. Le rapport Devictor se perd dans des débats rhétoriques pour savoir s'il vaut mieux employer le terme « *service public de santé* » ou « *service territorial de santé* ». On nous parle de « *choc de coopération* », de « *choc de responsabilisation* », de « *choc de simplification* ». Pour moi, il s'agit d'un rideau de fumée pour maquiller le fait que Marisol Touraine a du mal à tenir ses promesses électorales.

Elle maquille sous des formules percutantes un discours d'une profonde vacuité et des mesures d'évidente austérité.

**Comment l'expliquez-vous ?**

Depuis l'élection de François Hollande à la présidence de la République française, nous avons assisté à une destruction systématique des mesures que nous avions mises en œuvre pour réformer l'hôpital en profondeur. La convergence avançait doucement mais sûrement, les déficits étaient en voie de résorption, la réorganisation de l'offre sur le territoire tendait à plus de rationalité. On nous a accusé de vouloir faire de l'hôpital une entreprise, et pendant la période électorale, on nous a annoncé que la loi HPST était diabolique, qu'elle démantelait le service public, tout comme la T2A... Aujourd'hui, c'est le retour du refoulé économique : le gouvernement se trouve obligé d'enclencher des mesures d'une très grande austérité parce qu'il n'a pas su, deux ans auparavant, accompagner un effort de changement qui

aurait été beaucoup plus doux s'il ne s'était pas produit par à-coups.

**Vous êtes député européen. Comment le système de santé privé est-il perçu à Bruxelles ?**

Vous savez, vu de l'extérieur, le système de santé français n'est pas compris. Le différentiel tarifaire, par exemple, apparaît comme incompréhensible : que des établissements pratiquent la même mission et soient rémunérés différemment est difficilement concevable. D'une façon générale, la France est vécue comme un objet de perplexité. L'absence de direction claire et de réformes fermes, alors que l'Europe entière s'est adaptée à la crise, est pointée du doigt. Nous sommes à la traîne, et nous continuons à désigner l'extérieur comme responsable de nos retards. La France et l'Allemagne ont le même nombre de lits d'hospitalisation publique, pour une population en Allemagne de 20 % supérieure. Sommes-nous pour autant moins bien soignés de l'autre côté du Rhin ? Je ne le pense pas. Le système de santé français est reconnu, mais on le sait aussi extrêmement coûteux.



20 JUIN 2014

Gabriel Bossy

PRÉSIDENT DE LA FHP-SSR.

## SSR ET MCO NE PEUVENT PAS SE PASSER L'UN DE L'AUTRE

**Le Congrès de votre spécialité s'est terminé hier. Qu'est-ce qui en ressort aujourd'hui?**

La question du parcours de soin était bien évidemment au cœur de nos préoccupations. Cette question est pour nous d'une brûlante actualité, car les SSR y ont un rôle essentiel de pivot à jouer. C'est nous qui assurons la fluidité de ce parcours, au sortir du court séjour. On le sent, les SSR deviennent lentement incontournables. Les SSR concernent bien sûr les suites de pathologies aiguës, mais aussi de plus en plus les personnes âgées et leurs besoins spécifiques de santé et l'ensemble des maladies chroniques. La prise en charge des maladies chroniques

nécessite un suivi à long terme, loin de l'hospitalisation initiale. C'est en cela que les SSR prennent une dimension nouvelle. Dans le cas d'un infarctus du myocarde, par exemple, le risque de récurrence augmente radicalement quand la personne est livrée à elle-même et retrouve son ancien mode de

vie. C'est à ce niveau que les SSR jouent un rôle de prévention et de diminution des récurrences, par la mise en place d'un suivi à distance de l'hospitalisation initiale grâce à l'hospitalisation de jour ou des consultations externes. De même, l'éducation thérapeutique, mission importante des SSR, a un rôle déterminant dans ce domaine de prévention des récurrences.

**Les SSR traversent aujourd'hui une profonde phase de mutation. Comment expliquer ce changement ?**

Aujourd'hui les maladies chroniques explosent. Depuis des années, nous attirons l'attention des parlementaires à ce sujet,

et aujourd'hui, elles sont enfin arrivées au cœur du débat. C'est une évolution que nous avons portée. Nos plateaux techniques sont appelés à devenir de plus en plus complexes et pointus. Pour des raisons de simple mécanique démographique, la prise en charge des personnes âgées est également appelée à boomer. Les SSR seront au rendez-vous pour garantir ces évolutions et assurer ainsi la fluidité de la prise en charge dans tous ces domaines.

**Cette réorganisation centrée sur le parcours de soin oblige les SSR et la MCO à miser sur la complémentarité. Qu'en pensez-vous ?**

Nos approches sont différentes. Mais les SSR et la MCO ne peuvent pas se passer l'un de l'autre. Grâce à nos plateaux techniques améliorés, nous sommes maintenant à même de prendre des patients de plus en plus tôt et de plus en plus lourds au sortir du MCO. Nous sommes donc extrêmement complémentaires et plus que jamais partenaires. La Fédération de l'hospitalisation privée, de par la diversité et l'excellence de ses structures et spécialités (MCO, SSR, psychiatrie, HAD, USLD, EHPAD) doit répondre à l'intégralité du parcours de soin. Elle a en sa compétence, les hommes et les structures.



4 SEPTEMBRE 2014

Christian Anastasy

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ANAP.

## DÉCLOISONNER

**Vous revenez tout juste de votre université d'été, quelles sont les principales thématiques que vous avez abordées ?**

Le fil conducteur de la manifestation « comment mobiliser les professionnels pour réussir le changement » a été décliné selon plusieurs axes. Les intervenants ont évidemment mis l'accent sur la dimension managériale de ce thème. En effet, Gilles Herreros,

sociologue au centre Max Weber de Lyon, a souligné d'emblée la tension qui existe entre le vécu des professionnels au quotidien et le cap du changement que tentent de tenir les gestionnaires des organisations de santé. Il a été prolongé dans son propos par Patrick Légeron, psychiatre à Sainte-Anne, qui en tant que

spécialiste des risques psychosociaux (RPS), a mis en exergue les leviers managériaux et organisationnels que les cadres pouvaient mobiliser dans un objectif de prévention des RPS.

Enfin, au cours d'une table ronde de haut niveau, ont été évoquées successivement l'efficacité du dialogue social dans le secteur sanitaire et social (Frédéric Boiron/Jacky Bontems), l'organisation de la médecine de premier recours (Pierre de Haas/Bernard Huynh) et enfin les conditions de réussite de la mise en œuvre des parcours de santé (Frédéric Van Roekeghem/Jean-Yves Grall). Vous pouvez retrouver le programme complet, les vidéos et les interventions sur [www.performance-en-sante.fr](http://www.performance-en-sante.fr).

**Quels enseignements avez-vous pu en tirer ?**

Sur un plan global, nous retenons que l'intérêt du thème a permis de rassembler plus de 500 professionnels un vendredi et un samedi au mois d'août ! Par ailleurs, les retours des participants nous consolident

dans notre volonté de décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, entre l'hôpital et la ville, entre les gestionnaires et les soignants. Vos lecteurs pourront cependant regretter la relative sous-représentation du secteur privé. Je les invite donc à se montrer attentifs à nos sollicitations car de nombreuses initiatives remarquables proviennent des cliniques et mériteraient d'être valorisées au cours d'un tel évènement. Sur le fond, les débats ont souligné l'impérieuse nécessité de donner du sens aux réformes et de faire participer l'ensemble des professionnels. L'adhésion à un projet ne se décrète pas, elle s'établit progressivement dans le cadre d'un contrat de confiance. Il faut mesurer que dans la situation de notre système de santé, il est absolument nécessaire de retrouver des marges de manœuvre que seules des organisations revues en profondeur sont susceptibles de nous donner.

**À quoi les établissements MCO devront-ils être particulièrement attentifs ces prochaines années ?**

La problématique de la cohérence de notre système de santé dans toute sa diversité devra faire l'objet d'une attention de l'ensemble des acteurs, y compris ceux exerçant dans les cliniques MCO. En effet, l'exigence de complémentarité, de coordination, voire de coopération, finira forcément par s'imposer à tous les offreurs de soins. Les usagers, de mieux en mieux informés, libres de leur choix ou orientés par leurs assureurs, vont sans doute avoir tendance à privilégier une offre intégrée de services (des soins aigus à la réadaptation, du court séjour à la prise en charge chronique). En définitive, la capacité d'adaptation, voire d'anticipation, est et restera l'un des déterminants essentiels du succès des établissements MCO dans les prochaines années.



2 OCTOBRE 2014 DANS LE CADRE D'OCTOBRE ROSE

## Dr Denis Franck

PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CANCÉROLOGIE - UNION NATIONALE HOSPITALIÈRE PRIVÉE DE CANCÉROLOGIE (AFC-UNHPC), ET DIRECTEUR DU GROUPE ONCORAD-GARONNE.

# LA MORTALITÉ PERD 1,5 % TOUS LES ANS, PROBABLEMENT L'EFFET D'UNE MEILLEURE PRÉVENTION

### Où en est-on aujourd'hui dans le traitement du cancer du sein ?

Le cancer du sein reste préoccupant : chaque année, 48 000 nouveaux cas sont diagnostiqués. Les cancers du sein regroupent 31 % de l'ensemble des cancers féminins, et occasionnent environ 12 000 décès par an. Ils représentent 18 % de l'ensemble des décès par cancer. Cependant, depuis les années 1980, la mortalité diminue chaque année de 0,6 %. Et si l'on observe les chiffres plus attentivement, la courbe s'infléchit encore à partir de 2005, où la mortalité perd 1,5 % tous les ans, probablement sous l'effet d'une meilleure prévention.



C'est là qu'Octobre rose prend tout son sens : mieux dépister, pour trouver des tumeurs plus précoces, avec un meilleur pronostic.

### Comment expliquez-vous le succès de l'opération Octobre rose sur la prévention des cancers du sein ?

C'est une excellente initiative qui met le focus sur la prévention et le dépistage, d'une manière beaucoup moins administrative. Toute une série d'initiatives ludiques viennent dédramatiser la prévention, et induire de façon indirecte un réflexe de dépistage. Il y a quelques années, le Pic du Midi a été illuminé de rose ! Tout cela démythifie le côté médical, et surtout, permet aux femmes confrontées à la maladie de discuter entre elles, au lieu de rester toutes seules chez elles.

### Et au milieu de cette myriade d'initiatives, que faites-vous dans votre établissement ?

Chez nous, à la Clinique Pasteur de Toulouse, nous organisons une semaine du sport. La gym, l'escrime, l'aviron sont à l'honneur. Il a été prouvé que la pratique sportive avait une réelle incidence sur le taux de guérison. La plupart des femmes qui y participent ont fini leur traitement, mais nous avons aussi des aménagements pour celles qui sont encore traitées en chimiothérapie. Le sport permet d'échanger, il booste le moral, c'est l'une des meilleures préventions !

16 OCTOBRE 2014

Dr Philippe Cuq

PRÉSIDENT DU SYNDICAT LE BLOC ET PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE (SFCA), FONDÉE EN JUIN 2014, QUI TENAIT SAMEDI DERNIER SON PREMIER COLLOQUE.

## LA CHIRURGIE AMBULATOIRE MANQUE DE MOYENS

### Quels sont les objectifs de la Société française de chirurgie ambulatoire (SFCA) ?

Notre souhait est de mettre les soignants, que ce soient les équipes opératoires ou les équipes travaillant à domicile, au cœur du système. La chirurgie ambulatoire, c'est eux. Aujourd'hui, si l'on souhaite

augmenter le périmètre de la chirurgie ambulatoire, il est essentiel de lui accorder des moyens. Moyens humains d'abord, en formant mieux le personnel de soin, les infirmiers, moyens techniques ensuite, en s'assurant de travailler avec des dispositifs à la pointe de la qualité et de la sécurité, et moyens financiers enfin, car il faut que les soignants aient une contrepartie

à ce changement de paradigme. Lors du colloque, certains infirmiers ont rapporté qu'un acte à domicile leur était facturé parfois 8 euros, déplacement inclus : c'est inconcevable. Le développement de la chirurgie ambulatoire concerne toutes les parties prenantes du secteur de la santé : les pouvoirs publics, les établissements, les soignants, les patients, l'assurance maladie et les complémentaires santé.

### Quelles ont été les principales avancées de votre colloque du 11 octobre dernier ?

Au terme de notre colloque, nous avons établi dix propositions pour développer et améliorer la pratique de la chirurgie ambulatoire en France. Pour nous, la création de la SFCA est l'occasion de faire remonter les bonnes pratiques et de collecter les retours d'expériences de nombreuses équipes, qui, parfois, pratiquent déjà des actes lourds en ambulatoire. Nous souhaitons maintenant nous retrouver tous les ans pour faire

un bilan, publier des études, amener des supports scientifiques dans le débat, et démontrer que la chirurgie ambulatoire améliore la satisfaction des patients et ne comporte pas plus de risques.

### Comment travaillez-vous avec le secteur public ?

Aujourd'hui, 43 % des actes sont réalisés en ambulatoire et le privé en assure 70 %. Le secteur public accuse un gros retard en la matière et doit faire des efforts. Dans le privé, nous avons beaucoup travaillé sur l'organisation, et ce qui nous manque vraiment maintenant, ce sont les moyens. Le public doit encore avancer sur l'organisation. Cependant la SFCA accueille aussi de nombreux praticiens exerçant dans le public, car il faut être transversal si nous voulons avancer. La réflexion autour de l'ambulatoire doit englober aussi le juridique, l'organisationnel, le médico-économique... D'autant plus que l'amélioration de l'ambulatoire fait partie des objectifs de la stratégie nationale de santé.



25 OCTOBRE 2014

## René Lasserre

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS, DIRECTEUR DU CENTRE D'INFORMATION ET DE RECHERCHE SUR L'ALLEMAGNE CONTEMPORAINE (CIRAC). M. LASSERRE INTERVIENT AUJOURD'HUI AU CONGRÈS DES USAGERS.

## EN ALLEMAGNE, PAS DE POLITISATION DES RÉFORMES DE SANTÉ

### Comment décririez-vous la politique de santé allemande ?

En Allemagne, l'assurance maladie est une constituante essentielle du système social allemand. C'est la branche originelle, conçue par Bismarck. Même si elle a été reconstruite après la seconde guerre mondiale, et réformée dans les années 60, l'assurance maladie assure la continuité du système social allemand. Comme dans tous les pays industrialisés, le vieillissement de la population, sensible à partir des années 80, pèse sur le financement de l'assurance maladie. De plus, l'Allemagne a dû faire face, au début des années 90, à une situation particulière : la réunification, avec l'arrivée de tous les citoyens d'Allemagne de l'Est dont la couverture sociale était assurée auparavant de manière étatique. Le déficit de cotisation par rapport aux Länder de l'Ouest était considérable.



### Les caisses d'assurances maladie allemandes sont excédentaires, la France s'embourbe dans un déficit depuis de longues années. Comment l'Allemagne s'est-elle réformée ?

Les réformes débutées en 1992 se sont accélérées à partir de 2003 jusqu'en 2011 et ont instauré la mise en concurrence des caisses, l'augmentation de la participation des assurés, la hausse du ticket modérateur et surtout, la mise en place de budgets globaux attribués aux établissements de santé. La phase de concertation a été très longue, mais il fallait absolument réduire les dépenses de santé et rationaliser l'offre de soins. Les praticiens, responsables de leur budget global, sont dans un système d'autolimitation des soins. On note aussi en Allemagne une plus grande

collaboration entre les acteurs médicaux, et un fort attachement à la prévention. Les parcours thérapeutiques mettent l'accent sur la prévention. En clair, la coopération intermédicale est développée plus précocement, et les praticiens font preuve d'une plus forte autonomie dans leur activité thérapeutique.

### Quelles sont les grandes différences entre la France et l'Allemagne ?

En France, les médecins sont conventionnés aux caisses, et les caisses sont plus directives. Les rapports entre prescripteurs et payeurs sont plus tendus. Les médecins allemands ont sauvegardé leur autonomie thérapeutique et intégré une baisse des coûts. Une autre différence est l'absence de politisation des réformes de santé. Entre Khol et Schroeder, la même réforme a été appliquée, il n'y a pas eu de déconstruction de tout ce qui avait mis en place auparavant. Cela permet de solidifier les réformes et de les inscrire dans la durée. En France, face au même constat de nécessité de réforme, on a mené pratiquement les mêmes politiques, du moins avec les mêmes objectifs. Sauf que l'on n'a pas mené la péréquation à son terme. Chez nous, le régime général éponge les dérives des régimes spéciaux. En Allemagne, c'est l'État qui cotise pour les chômeurs, pas la sécurité sociale. En France, la solidarité se fait par le régime général, la compensation repose sur les actifs et complémentirement par l'impôt via la CSG sur la solidarité nationale. Enfin, en France, les médecins et les institutions publiques sont souvent dans un rapport d'opposition, parce que leur financement dépend plutôt de l'équilibre des caisses que de leur activité réelle. En Allemagne, le rapport est moins conflictuel et marqué par plus de concertation.

6 NOVEMBRE 2014

## Dr Jacques Fribourg

MÉDECIN URGENTISTE, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU SYNDICAT NATIONAL DES URGENTISTES DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE (SNUHP).

### NOTRE TRAVAIL, C'EST SAUVER DES VIES

#### Comment définiriez-vous votre travail d'urgentiste dans le privé ?

Le mot clé est partenariat. Partenariat entre les praticiens, l'établissement, le ministère de la Santé - soit la CNAM, les patients, etc. Tout le monde doit s'y retrouver.

Lorsque nous avons décidé d'ouvrir un service d'urgences privées à l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien à Trappes, en 1985, nous avons commencé par chercher un partenaire, car la gestion n'est pas notre

métier. Notre travail, c'est de sauver des vies. Un partenariat, c'est une relation très dynamique, bien différente de celle que l'on peut avoir à l'hôpital, où j'ai exercé 11 ans. Pendant ces onze années, je n'ai jamais été formé à la gestion. Les médecins sont maintenus dans l'ignorance quant au fonctionnement de l'économie

de la santé. Dans le privé, il n'y a pas de hiérarchie, nous sommes tous égaux et nous devons tous être impliqués. Personne n'a le temps de se tirer dans les pattes.

#### Quelle est l'histoire du service d'urgences de Trappes ?

En 1985, lorsque nous avons ouvert le service des urgences de l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien à Trappes, nous étions trois permanents et trois remplaçants. En partant à Trappes, ce qui était sûr, c'est que notre motivation principale n'était pas de rouler en Rolls. Nous avons appris une super médecine, nous pouvions sauver des vies, nous avons besoin d'un partenaire et d'un plateau technique. Nous nous sommes donc jetés à l'eau. Bien sûr, nous avons commencé par soigner de nombreux

patients gratuitement, Jamel Debbouze peut en témoigner ! C'est seulement 15 ans plus tard, en 2000, que nous avons été intégrés officiellement dans la carte sanitaire. Avant, nous y étions de facto. Aujourd'hui, nous sommes complémentaires de l'hôpital : nous sommes entre un médecin généraliste, et un gros service d'urgence public, car nous ne prenons pas en charge tous les patients, mais nous les accueillons comme l'exige la médecine d'urgence. Quoique, chez nous, tout se discute. Ce sont les avantages du partenariat.

#### Que pensez-vous de la nouvelle loi de santé ?

Je ne comprends pas sa logique. La loi de Santé va coûter très cher, pour détruire un système qui marche bien. Ce n'est pas cohérent de supprimer des services efficaces qui sont moins coûteux pour la collectivité, pour favoriser des urgences publiques déjà engorgées. C'est une loi purement politique, sans aucune intelligence économique. Les urgences privées sont méconnues : j'ai participé à un groupe de travail sur le financement des urgences, et les experts n'avaient pas eu accès aux chiffres des urgences privées en France ! C'est dire si notre travail est rarement pris en compte. Pourtant, le privé prend en charge 15 % des urgences. Aujourd'hui, non seulement la loi de Santé est un manque de reconnaissance de notre travail, mais elle le met aussi en danger. Même si je pense qu'une grève à Noël est une très mauvaise idée, nous allons trouver des moyens de nous mobiliser.



11 DÉCEMBRE 2014

Dr Frédéric Sanguignol

NOUVEAU PRÉSIDENT DE LA FHP-MIDI-PYRÉNÉES.

## UN NOUVEL ÉLAN À LA REPRÉSENTATION RÉGIONALE MIDI-PYRÉNÉES

**Dr. Sanguignol, vous venez d'être élu.**

**Quels sont les axes qui vont marquer votre présidence ?**

Tout d'abord, je tiens à remercier Denis Roudil, qui fut, pendant 21 ans, président de la FHP-Midi-Pyrénées. 21 ans à trouver des consensus, maintenir des équilibres, à devoir être fin politique et fédérateur des forces et des compétences de la région. Aujourd'hui, les cliniques de la région Midi-Pyrénées ont souhaité donner un élan nouveau à leur représentation régionale. Ce que je souhaite notamment développer au cours de ma présidence s'articule en trois axes. Le premier concerne la promotion de la place, du rôle et de l'excellence des établissements privés de la région, garant du libre choix du patient. Le deuxième s'attachera à conforter la place du patient au cœur de nos actions et de nos choix de développement, pour lui garantir qualité et sécurité des soins. Et enfin, je souhaite poursuivre le développement de prises en charges innovantes et accessibles à tous.



relations avec les URPS, et je souhaite tout particulièrement développer le lien avec les usagers et les associations de patients. Les autres thèmes concerneront le social, les systèmes d'information, les missions de service public comme les urgences ou l'accueil des stagiaires, la recherche médicale... Nous allons aussi réorganiser notre fonctionnement avec la FHP nationale.

**Votre élection intervient dans un contexte national tendu. Comment vous positionnez-vous sur la loi de santé ?**

Nous sommes dans la droite ligne de la FHP à ce sujet. Aujourd'hui, j'ai une conférence de presse avec les syndicats de médecins et les représentants de la FHP, et notre message est clair : sans retrait ou réécriture de la loi, nos cliniques seront fermées le 5 janvier prochain.

**Quelles réformes avez-vous d'ores et déjà mises en place en interne ?**

De nouveaux statuts ont été mis en place afin de rendre le Conseil d'administration plus actif et opérationnel. Les 14 personnes qui le composent vont avoir une fonction de décideur, et être responsables, chacun, de commissions ou groupes de travail. Nous avons ainsi un gros effort à fournir sur la communication interne et externe. Si les directeurs d'établissements ont choisi un médecin pour les représenter, ce n'est pas neutre. Nous allons renforcer nos

Rapport d'activité FHP-MCO 2014  
Rédaction : services FHP-MCO et BVM Communication  
Crédits : © FHP-MCO, © FHP, © Agence CocktailSanté/Philippe Chagnon,  
© Dominique Lorieux, © Agence Caméléon/Hervé Motte,  
© BVM Communication  
Maquette : BVM Communication - juin 2015  
Imprimé en France.



Notre objectif est la reconnaissance  
et le respect de l'hospitalisation privée.  
Il passe par l'équité de traitement  
entre les acteurs.  
Notre profession debout en 2014,  
est en marche en 2015.

**Ségolène Benhamou** PRÉSIDENTE DU SYNDICAT NATIONAL FHP-MCO

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

**FHP-MCO**  
**106, RUE D'AMSTERDAM, 75009 PARIS**  
**TEL : 01 53 83 56 87 – FAX : 01 53 83 56 69**  
**[fhp-mco@fhp.fr](mailto:fhp-mco@fhp.fr)**