

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2019



▶ TRANSITION



▶▶▶ SOMMAIRE

PAGES 04-05

CHIFFRES CLÉS

PAGES 06-25

GRANDS DOSSIERS 2019

PAGES 26-27

GROUPES EXPERTS

PAGES 28-29

MOMENTS FORTS 2019

PAGES 30-31

RETOUR SUR LA JOURNÉE
DES MÉTIERS

PAGE 32

PARTIES PRENANTES

PAGE 33

10 ANS DU CONGRÈS
DES REPRÉSENTANTS
DES USAGERS

PAGES 34-35

SYNDICATS ASSOCIÉS

PAGES 36-37

BUREAU ET CONSEIL
D'ADMINISTRATION

PAGES 38-39

ÉQUIPE

PAGES 40-41

COMMUNICATION



Pour aller plus loin, téléchargez le PDF interactif sur
www.fhpmco.fr



▶ ÉDITO



TRANSITION...

Les transformations profondes et historiques initiées en 2018 n'ont pas trouvé les traductions opérationnelles attendues au cours de 2019 qui s'est révélée être une année de transition.

Outre les évolutions conjoncturelles, ce sont des processus structurels qu'il a fallu surveiller et accompagner. Les réformes du régime des autorisations d'une part, et du modèle de financement d'autre part, sont en marche. Ces 12 mois de travaux supplémentaires verront leurs premières concrétisations en 2020.

Le concept de « coopération », savant mélange de coopération et de compétition nous a accompagnés tout au long de l'année. Cette émulation entre acteurs passe inéluctablement par le respect du principe d'équité de traitement, en vertu duquel nous avons œuvré.

Nous vous devons des comptes et c'est en 44 pages que nous proposons de vous en rendre. En quelques planches, renouez avec les grands dossiers ou les moments forts de 2019. Cette année encore, le rapport d'activité se décline en numérique et vous propose des contenus augmentés. N'hésitez pas à en savoir plus...

Nous remercions les membres du bureau et conseil d'administration qui se sont impliqués tout au long de l'année 2019 pour défendre les intérêts de notre secteur et la solide équipe de permanents menée par Thierry Béchu, délégué général.

La FHP-MCO est devenue une voix incontournable et travaille avec toutes les organisations qui comptent en santé.

Nous sommes en mouvement...

Je vous souhaite une bonne lecture.

Ségolène Benhamou
Présidente de la FHP-MCO



► CHIFFRES CLÉS

 **590**
établissements MCO



6,7 millions
de séjours



33 640
médecins exercent dans
les cliniques MCO



MÉDECINE
2,8 millions
de séjours en médecine

127
services d'urgences

80 000
infirmier(e)s,
sages-femmes,
aides-soignant(e)s,
administratifs, hôteliers

CHIRURGIE
3,7 millions
de séjours en chirurgie

3 millions
de patients accueillis dans
les services d'urgences

54,5%
des séjours chirurgicaux

25%
des patients CMU, CMUC,
AME



64,2%
de la chirurgie ambulatoire

60 000
lits et places

25,3%
de parts de marché
de l'offre MCO

OBSTÉTRIQUE
20%
des prises en charge
des grossesses et de
l'accouchement

Sources : PMSI et SAE 2018, Rapport HAS 2019, DATA FHP-MCO n°3 « Réanimation, état des lieux et tendances » 2017, DATA FHP-MCO n°2 « Chirurgie, tendances et parts de marché », 2017



INSUFFISANCE RÉNALE

2,6 millions

de séances d'hémodialyse, soit 37,3% de parts de marché

CANCÉROLOGIE

39%

de la chirurgie carcinologique soumise à seuil avant la réforme des autorisations

27,4%

des séances de chimiothérapie

FOCUS PAR ORGANE :

- ▶ **40,0%** de la chirurgie des cancers du sein
- ▶ **36,7%** de la chirurgie des cancers digestifs
- ▶ **53,8%** de la chirurgie des cancers urologiques
- ▶ **32,5%** de la chirurgie des cancers thoraciques
- ▶ **30,9%** de la chirurgie des cancers gynécologiques
- ▶ **28,1%** de la chirurgie des cancers ORL et maxillo-faciaux

INDICATEUR GÉNÉRALISÉ DE QUALITÉ

ICSHA.3



INDICE D'HYGIÈNE DES MAINS

60% des établissements ont dépassé ou atteint l'objectif (classe A ou B) pour le secteur privé MCO/HAD/SSR

RÉANIMATION



54 cliniques

disposent d'une autorisation

Le secteur privé gère

10,7% des lits mais produit

12% des séjours

L'âge moyen des patients est de

68 ans dans les cliniques et de

60 ans à l'hôpital

CHIRURGIE



Le secteur privé prend en charge

38% de la chirurgie lourde

Presque **18 points** séparent les deux secteurs en ce qui concerne la pratique de l'ambulatoire

▶ GRANDS DOSSIERS

2019

Campagne tarifaire

Fin de la politique du « robot »

Après 6 ans de baisse tarifaire, la campagne 2019 est marquée par une augmentation des tarifs de 0,5 %. Une augmentation symbolique mais qui souligne une inversion de la tendance. La FHP-MCO regrette toutefois que la qualité n'ait pas été financée via une MIGAC et que son financement obère de 0,3 % l'enveloppe des tarifs.

IFAQ

Le dispositif passe à la vitesse supérieure

Le dispositif IFAQ, mesure phare de la réforme du financement, est devenu en 2019 un compartiment à part entière du financement des établissements. Le modèle a été rénové par la Task Force. La FHP-MCO s'est mobilisée pour défendre le maintien de la transparence et de l'équité de traitement.

Pathologies chroniques

Un nouveau mode de financement

Le paiement au suivi permet d'adapter le financement aux caractéristiques des patients et de valoriser les résultats de santé obtenus ainsi que l'expérience patient. Il est lancé pour les maladies rénales chroniques. Les travaux ont été menés en parallèle sur le champ du diabète mais n'ont pas abouti à ce jour.

Article 51

Paiement à l'épisode de soins

L'Article 51 de la LFSS 2018 offre des possibilités sans précédent. Suite à l'appel à manifestation d'intérêt sur le paiement à l'épisode de soins, 25 établissements ont été retenus dont 7 privés. L'année 2019 a été consacrée à la co-construction du cahier des charges et au lancement de l'expérimentation.

Circulaire frontière

Instruction Gradation des prises en charge ambulatoires

Des travaux ont été menés sur un rythme soutenu pour finaliser une nouvelle instruction en remplacement de la « circulaire frontière » de 2010, dans la perspective d'une levée au 1^{er} mars 2020 du moratoire des contrôles sur les HDJ médicales.



S3404

Vers la fin du bordereau papier

Ce dossier s'est longtemps heurté d'une part au cadre législatif et réglementaire, et d'autre part, à la faible réactivité de certaines parties prenantes.

En 2019, la phase pilote a été officiellement lancée et la CNAM a précisé la simplification de la liste des pièces justificatives à transmettre et celles exigibles par les caisses en cas de contrôle.

IBODE

La mobilisation ne faiblit pas

En juillet, le décret relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d'entrée en vigueur de dispositions transitoires pour les infirmiers de bloc opératoire a été publié. Il a tenu compte d'un certain nombre de demandes portées par la profession sur l'inadéquation du dispositif proposé par rapport à la réalité du terrain et au marché de l'emploi inexistant pour cette profession.

Autorisations

Une réforme systémique

La FHP-MCO a piloté des groupes de travail composés d'administrateurs expérimentés, de praticiens volontaires et de ses permanents et a jeté toutes ses forces dans ce marathon. La FHP-MCO a défendu le secteur en vertu de 9 grands principes et a participé à de nombreux groupes de travail au ministère tout au long de l'année.

CAQES

Des évolutions...

Les établissements de santé et la FHP-MCO ont souligné le manque de lisibilité du dispositif, sa complexité, le trop grand nombre d'indicateurs, et la dimension très chronophage du process. Des nouvelles orientations sont revues dans le cadre du PLFSS 2020 notamment un nouveau CAQES à 2 « branches » et 2 niveaux d'intéressement.

Transport

Quatre demandes

La FHP-MCO a souhaité la poursuite de la procédure « stop-loss », a demandé la prise en compte de la distance et l'unicité du circuit de facturation pour toutes les prestations de moins de 48h. Le syndicat a enfin souhaité disposer d'une évaluation de cette réforme.



▶ AFFAIRES ÉCONOMIQUES

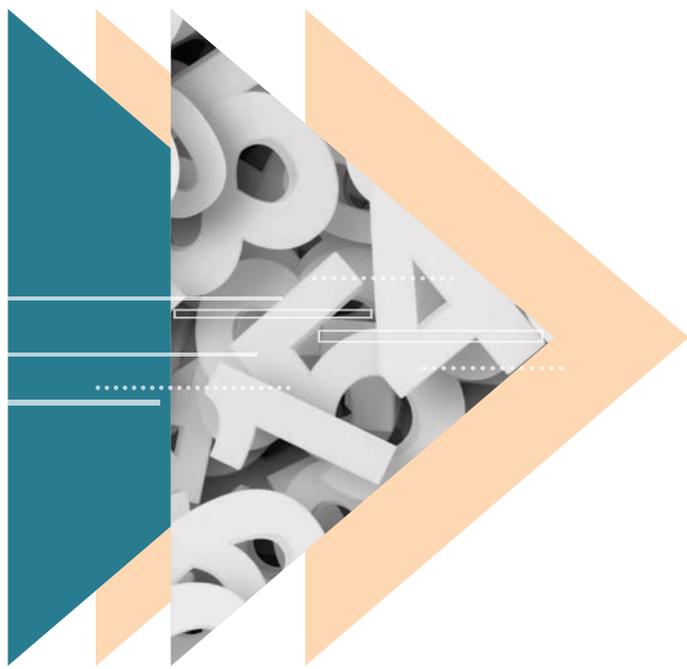
▶▶▶ Campagne tarifaire 2019 Fin de la politique du « rabet »

Après 6 ans de baisse tarifaire, cette campagne tarifaire 2019 est marquée par une augmentation des tarifs de 0,5 %. L'augmentation est certes symbolique mais l'inversion de la tendance est primordiale. La FHP-MCO regrette toutefois que la qualité n'ait pas été financée via une MIGAC et que son financement obère de 0,3 % l'enveloppe des tarifs 2019.

Au-delà des grands principes macro-économiques, la FHP-MCO a œuvré sans relâche pour que les évolutions plus fines, activité par activité, et les modulations tarifaires soient négociées une à une dans les réunions techniques avec les services ministériels.

La campagne tarifaire MCO 2019 repose sur une politique tarifaire incitative au développement de l'ambulatoire au sens large. L'engagement historique de la FHP-MCO au soutien de l'activité ambulatoire a payé : les plateformes de campagne annuelles de la FHP-MCO et notamment celle de 2019 ont porté leurs fruits. La fin des économies ciblées sur la chirurgie ambulatoire, la suppression des bornes basses sur les activités interventionnelles, l'incitation au développement de la RAAC, la mise en place de tarif unique en médecine, mais aussi la poursuite de la revalorisation de l'obstétrique, sont des propositions défendues avec ténacité et qui ont été entendues dans la campagne 2019.

La FHP-MCO regrette l'absence d'avancée dans le dispositif de facturation des transports inter-établissements et surtout le traitement de l'activité de dialyse qui se voit appliquer sans discernement une politique du rabet.



1 023 millions d'euros d'économie dont 663 sont supportés par les établissements de santé privés (versus 960 millions en 2018)



Augmentation incohérente des aides

Le montant des aides non liées à l'activité de soins augmente (notamment de 2,4 % pour les seules MIGAC), et s'élève à 10,5 milliards d'euros (MIGAC + FIR). Cette somme est équivalente au coût des soins prodigués aux 8 millions de patients accueillis dans les cliniques et hôpitaux privés. Le secteur privé n'émarge qu'à hauteur de 1 % de ces enveloppes.

Un volume d'activité plus juste

Les tarifs sont le résultat de l'ONDAM hospitalier disponible et du volume prévisionnel de l'activité de soins propre aux deux secteurs public et privé. Le rapport 2019 des comptes de la Sécurité sociale indique qu'en 2018 les dépenses des établissements de santé étaient conformes aux objectifs, il souligne la poursuite du ralentissement de l'activité (-305 millions d'euros pour le secteur public et -50 millions pour le secteur privé) et annonce une sous-exécution de 45 millions d'euros en 2019. Ces sous-exécutions répétées démontrent un ralentissement structurel et non conjoncturel. Les prévisions d'évolution du volume d'activité MCO pour 2019 ont été revues à la baisse pour tenir compte de cette décélération de l'activité.

Le coefficient prudentiel est un mécanisme de réserve pour compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM. Sa valeur reste la même qu'en 2018, permettant 305 millions d'euros de réserve. Il a été entièrement restitué aux établissements de santé en fin d'année.

Le coefficient de neutralisation créé en 2018 rend plus lisibles les reprises de neutralisation des allègements fiscaux ou sociaux dont le secteur privé est bénéficiaire. Il est en 2019 en légère baisse par rapport à 2018 car les masses reprises identiques s'appliquent sur une assiette tarifaire plus élevée.

La réforme du financement portée par la Task Force

La réforme du financement portée par la Task Force démarre en 2019 avec une plus grande prise en compte de la qualité, et la mise en œuvre des forfaits pathologies chroniques.

Pathologies chroniques

Les premiers forfaits pathologies chroniques sont créés en 2019 pour les patients atteints de maladies rénales chroniques. Pour le diabète, les travaux menés en parallèle de ceux sur la MRC, n'ont pu aboutir en 2019.

Le financement de la qualité prend son envol

L'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) devient un compartiment à part entière du financement des établissements de santé. Multipliée par quatre, cette dotation s'élève à 200 millions d'euros en 2019, 1 milliard d'euros est annoncé pour 2022. La FHP-MCO demandait depuis plusieurs années une augmentation de l'enveloppe IFAQ. Malheureusement, elle s'est faite via un débasage tarifaire équivalent à une baisse de 0,35 % des tarifs de l'ensemble des prestations, et non par un transfert de crédit MIGAC.



Retour d'expérience « Anomalies de groupage et/ou de tarification »

Tous les ans, la FHP-MCO produit le document « Anomalies de groupage et/ou de tarification », transmis à l'ATIH et à la DGOS, consacré aux retours d'expérience des professionnels (médecins DIM, directeurs).

La révision annuelle de ce document est effectuée avec l'appui du groupe expert Évolution de la classification des GHM et comprend le traitement des nouvelles demandes, la vérification de la pertinence du maintien des demandes antérieures, et la hiérarchisation de ces retours.

Ce travail qui a déjà porté ses fruits lors des campagnes tarifaires précédentes par la création de GHS majorés ou la création de suppléments, a aussi été pris en compte en 2019.

Ainsi, si les modifications apportées à la classification des GHM en 2019 sont limitées, elles font suite à une demande portée par la FHP-MCO dans le cadre du document annuel des retours d'expérience.

Les modulations tarifaires

Obstétrique, une 4^e année de revalorisation

La demande de la FHP-MCO a été entendue : les tarifs de 5 GHS sont revalorisés entre 2,49 % et 2,55 %.

Pause dans la réforme du financement des transports

La pause concerne les procédures contractuelles. Les modalités de financement restent les mêmes. Le nécessaire aménagement de la réforme est toutefois acté et des nouveaux suppléments ont été créés pour les établissements SSR et PSY. La FHP-MCO continue de porter des demandes d'aménagement du dispositif, notamment sur les transports de moins de 48h.

Chirurgie

Les activités de chirurgie ambulatoire sous financées sont revalorisées. Les bornes basses tarifaires sur la chirurgie de niveaux 2 et 3 sont supprimées. Une mesure d'incitation au développement de la RAAC est mise en œuvre.

Médecine

Un tarif unique est introduit entre les couples de GHM de niveau 1 et de niveau T pour certaines activités (26 racines ciblées). Des GHM de médecine de courte durée sont revalorisés.

Interventionnel

Un tarif unique entre le niveau 1 et le GHM de très courte durée est introduit. Des bornes basses tarifaires des niveaux 1, 2, 3 sont supprimées.

Arrêté forfaits – prestations

Il fixe annuellement les règles relatives à l'ensemble des forfaits auxquels les établissements peuvent prétendre pour leurs activités de MCO et HAD. Deux évolutions sont notamment à noter :

1/ L'autorisation de cumul de facturation d'un forfait SE et d'un forfait APE dans le cas de l'injection de la spécialité pharmaceutique Bevacizumab dans le cadre de la DMLA.

2/ Les règles de facturation des PIA pour les actes et consultations externes. Ces prises en charge peuvent faire l'objet d'une facturation directe à l'Assurance maladie par l'établissement prestataire.

Dialyse

Les tarifs de dialyse constituent la grande déception de cette campagne tarifaire 2019. Les tarifs d'hémodialyse en centre baissent au regard du surfinancement constaté pour les secteurs public et privé. Comme en 2018, le tarif du forfait D11 du secteur privé diminue également afin de maintenir l'écart de tarifs entre UDM et centre.



Codage détaillé des dispositifs médicaux (en sus) et codage « intra » GHS

La FHP-MCO a fortement alerté les services de l'État sur les échéances difficilement réalistes de la mise en œuvre du codage détaillé des dispositifs médicaux (en sus) et du codage intra GHS. Les enjeux sont le risque de refus de nombreuses factures, conduisant à la mise en place d'avances qui de surcroît ne peuvent pas porter sur les honoraires des médecins. L'État a toutefois maintenu l'application du codage détaillé des dispositifs médicaux (en sus) au 1^{er} janvier 2020.

Le périmètre d'application concerne bien les produits de la liste en sus (lignes génériques du titre III) et non de l'ensemble du champ de la LPP.

Sur ce périmètre, à fin 2019, les services de l'État considèrent que tous les codes qui ont été déclarés par les entreprises dans les temps ont été entrés dans les bases de l'Assurance maladie et délivrés aux entreprises ainsi que publiés sur le site du ministère de la Santé. Ce nouveau codage ne nécessite donc pas une mise à jour des systèmes d'information.

Pour aider dans cette démarche, l'ATIH a mis en place un site internet dédié avec une plateforme de transcodage entre les anciens codes et les nouveaux codes. Cet outil a été conçu afin de simplifier la mise à jour « des fiches DM » au niveau des établissements de santé.

Enfin, concernant le codage intra GHS, La FHP-MCO a obtenu un report de mise en place du 1^{er} janvier au 1^{er} juin 2020.

Les 12 propositions de la FHP-MCO

Validées par les administrateurs, ces 12 propositions remises à la DGOS à l'automne constituent la plateforme de négociations MCO 2020.

► « Pour la mise en œuvre d'une politique de financement prenant en compte les réalités de terrain, apportant une visibilité et équité de traitement aux établissements de santé. »

01 Fixer une cible du volume prévisionnel 2020 pertinente, en lien notamment avec les réalisations constatées.

02 Pérenniser les actions sur l'obstétrique et soutenir la création du forfait accueil urgences gynécologiques.

03 Adopter un plan d'économies cohérent.
a) Poursuivre les actions de soutien à la chirurgie ambulatoire et à l'HDJ en général, ainsi qu'au développement de la RAAC.
b) Finaliser les travaux de l'instruction frontière ou gradation des soins ambulatoires.

04 Garantir une stabilité et une transparence des modèles de financement des activités de recherche et innovation (MERRI dont RIHN).

05 Mettre fin à l'absence de règles de facturation pour les prestations inter-établissements : caler le financement des PIE sur celui des PIA (chaque établissement facture sa prestation à l'Assurance maladie).

06 Prendre en compte les retours d'expérience de la campagne tarifaire 2019.

07 Requalifier le financement des unités de soins palliatifs.

08 Aménager le dispositif de financement des transports pour les prestations de moins de 48 h et les longues distances.

09 Mettre fin à l'absence de règles de facturation pour les prestations inter-établissements : caler le financement des PIE sur celui des PIA (chaque établissement facture sa prestation à l'Assurance maladie).

10 Soutenir les expérimentations du financement au parcours de soins notamment dans le cadre de l'article 51.

11 Pertinence : méthode d'animation des professionnels en vue d'assurer la formation et la pédagogie sur les évolutions des pratiques professionnelles.

12 Redonner des marges de manœuvre économiques aux établissements de santé par le reprocessing.

EN CHIFFRES

Évolution des ressources (tarif MCO + IFAQ + pathologies chroniques) :	+0,5 %
Évolution des tarifs MCO :	+0,2 %
Volume prévisionnel privé :	+1,4 %
Coefficient correcteur :	-2,89 %
Coefficient prudentiel :	-0,7 %



Laure Dubois, Thibault Georgin et Dr Matthieu Derancourt sont en charge ce dossier.

- **14 dépêches** diffusées.
- L'équipe a répondu à de **nombreuses questions** des adhérents liées à la campagne tarifaire.
- Comités techniques et groupes de travail thématiques, Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, COPIL MCO, etc., les experts de la FHP-MCO ont siégé à **14 réunions pilotées par la DGOS, la Task Force ou l'ATIH**.
- Les travaux liés à la campagne tarifaire impliquent de nombreuses contributions écrites (orientation, modulation tarifaire, projet de décrets, arrêtés, etc.).
- Élaboration d'une plateforme de campagne annuelle (cf les 12 propositions).
- Un **5 minutes pour comprendre** est dédié à la campagne tarifaire 2019.
- Le sujet de la campagne tarifaire est systématiquement mis à l'ordre du jour des réunions du bureau et du conseil d'administration.
- Déplacement de la présidente et du délégué général aux AG de région pour expliquer la campagne.



L'IFAQ passe à la vitesse supérieure

S'il n'épuise en rien le sujet de la qualité, le dispositif IFAQ est une mesure phare de la réforme du financement, que le plan « Ma santé 2022 » place au cœur de la transformation du système de santé. Il est devenu un compartiment à part entière du financement des établissements de santé : cette dotation, multipliée par 4 en 2019 (200 millions d'euros contre 50 en 2018), annoncée à 1 milliard d'euros pour 2022, est dorénavant incluse dans la même enveloppe que les tarifs hospitaliers.

Un modèle IFAQ rénové

La rémunération à l'indicateur est un point fondateur du modèle IFAQ rénové. Différentes dimensions de la qualité sont prises en compte (satisfaction patient, prévention des IAS, etc.) avec un nombre limité d'indicateurs (10 par champ).

En lien avec le futur dispositif de sanction, les critères d'éligibilité sont supprimés : les établissements non-répondants pour un indicateur sont exclus du financement pour l'indicateur concerné mais ils peuvent être rémunérés au titre des autres indicateurs du modèle.

La prise en compte du niveau atteint et de l'évolution est maintenue : pour un indicateur, le niveau atteint pèse pour 60 % et l'évolution pour 40 %.

Le principe de groupe de comparaison est aussi maintenu mais grandement révisé : les établissements sont comparés avec des établissements qui leur ressemblent en termes de volume et de profil d'activité.

Ce modèle présente la volonté de rémunérer plus d'établissements que précédemment : 70 % des établissements par indicateur.

Une meilleure écoute des demandes syndicales

La fin de l'année 2018 a été marquée par un changement de pilotage total des travaux IFAQ, désormais dans les mains de la Task Force, qui ne montrait que peu d'écoute. La FHP-MCO s'est plus que jamais mobilisée pour défendre le maintien de la concertation, de la co-construction, de la transparence et de l'équité qui étaient de mise dans le dispositif IFAQ. Ces efforts ont payé avec une nette amélioration tout au long de l'année 2019 durant laquelle les fédérations ont été sollicitées et entendues sur les évolutions à venir.

En 2020, le dispositif IFAQ devrait intégrer une rémunération distincte en fonction du score observé et une mensualisation des dotations.



Rémunération : vers une gradation

Le modèle 2019 finance de manière identique tous les établissements dès lors qu'ils font partie des 70 % les plus « performants ». Les fédérations ont regretté cette méthodologie peu discriminante et qui n'est pas de nature à favoriser une démarche d'amélioration continue de la qualité (contrairement au modèle précédent où le taux de rémunération était différent en fonction du résultat). En réponse, une différenciation plus fine des rémunérations au sein des établissements rémunérés en fonction des résultats est envisagée pour 2020. Les fédérations ont été sollicitées sur le scénario envisagé.

Rémunération : vers une mensualisation

Les établissements rémunérés au titre d'IFAQ reçoivent leur dotation une fois l'an. Une pratique peu compatible avec les contraintes économiques et financières des établissements, surtout avec une enveloppe à 1 milliard d'euros à venir. Ce sujet est sur la table de travail du ministère, mais la mensualisation soulève de nombreux problèmes techniques. Avant un rythme de croisière en 2021, l'année 2020 devrait être une année transitoire.

Les indicateurs envisagés pour le modèle 2020

Parallèlement, le chantier des indicateurs avance, et là aussi avec plus de transparence, puisque les nouveaux indicateurs à intégrer en 2020 mais également les indicateurs en réflexion pour les années à venir ont été présentés aux fédérations.

Pour 2020, pour le MCO, ETE Ortho et les 3 indicateurs IAS expérimentés en 2019, sont envisagés : les bonnes pratiques de précautions complémentaires contact, d'antibiothérapie pour

infection respiratoire basse et la vaccination anti grippale du personnel hospitalier. Certains peuvent emporter l'adhésion sur le principe, mais dans les faits, ils ne sont pas pertinents si les directions d'établissement n'ont pas les moyens d'agir dessus.

À l'horizon 2021, d'autres indicateurs sont en réflexion sur le thème de la prévention, de la QVT ou de la ré-hospitalisation.

Le n°32 de *Dialogue Santé*, à destination des médecins exerçant dans les cliniques MCO est dédié à l'IFAQ. La parole est donnée aux experts de la DGOS, de l'HAS, du Baqimehp, au président de la FSM et à un président de CME.





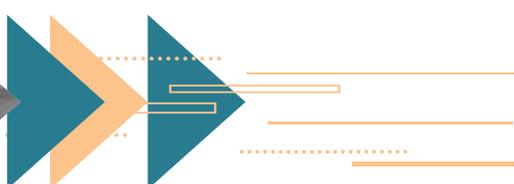
Entrée d'un indicateur relatif à la qualité de vie au travail en 2022 ?

Dès 2019, la QVT a été identifiée comme une catégorie d'indicateurs devant alimenter le modèle. Les options envisagées ont évolué en cours d'année mais se fondent sur la mise en œuvre d'un questionnaire de mesure de la satisfaction au travail et sur l'utilisation d'indicateurs de mesure de la QVT.

Les fédérations hospitalières reconnaissent la pertinence de cette thématique mais ont soulevé les difficultés de recueil des indicateurs proposés, notamment compte tenu des disparités entre les secteurs public et privé. Elles se sont également opposées aux questionnaires proposés au regard de leur longueur, et de la pertinence de certaines questions.

À ce jour, le calendrier d'intégration des indicateurs et du questionnaire dans le dispositif IFAQ serait le même : en 2020 poursuite des travaux avec la définition des modalités, en 2021 test à blanc sans impact financier, des indicateurs et du questionnaire, en 2022 intégration dans IFAQ d'une version 1 d'un questionnaire pour les établissements MCO et d'indicateurs QVT.

Au vu de son importance, il est apparu que ce sujet ne pouvait être traité au sein du groupe de travail IFAQ mais nécessitait des réunions dédiées. La FHP-MCO et la FHP ont participé aux séminaires QVT IFAQ accompagnés de représentants RH des groupes Ramsay Santé, Elsan, et Orpéa-Clinéa.



Des sanctions prévues

Pour la FHP-MCO, un point de crispation demeure : l'arrivée d'un mécanisme de malus en 2020. Une pénalité, dépendant du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés, sera mise en œuvre.

Ce dispositif ne devrait concerner qu'un nombre limité d'indicateurs et ne porterait que sur le niveau atteint. La valeur minimale acceptable par indicateur sera fixée pour trois ans en fonction de la distribution observée lors de la première année d'introduction de l'indicateur dans le dispositif IFAQ. Les établissements qui n'auront pas atteint la valeur minimale pendant trois années consécutives se verront appliquer un malus à compter de 2022.



Laure Dubois est en charge de ce dossier.

- ▶ Réponses apportées à plus de **70 questions** d'adhérents.
- ▶ **3 dépêches** diffusées.
- ▶ Groupe de travail IFAQ, séminaire QVT, réunions complémentaires : participation à **8 réunions** avec le Dr Paul Garassus et/ou Thierry Béchu.
- ▶ La Task Force est intervenue au séminaire stratégique de la FHP-MCO en septembre et à la Journée des métiers en mars.
- ▶ Intervention lors du séminaire RAQ du groupe Ramsay Santé en mars pour présenter le modèle IFAQ rénové et à la commission HAD pilotée par la FHP.
- ▶ Mise en place d'un groupe de travail interne piloté par la FHP et la FHP-MCO pour être force de proposition sur le sujet de la QVT dans l'IFAQ, composé de membres de la commission sociale et du groupe expert Qualité (RAQ, DRH et directeurs d'établissement), ainsi que du Baqimehp.
- ▶ Consultation du groupe expert Qualité sur les évolutions du modèle



Article 51, expérimenter un modèle de paiement à l'épisode de soins

L'amélioration de la qualité, de la pertinence, de la sécurité et de l'efficacité des soins sont les objectifs poursuivis par les expérimentations réalisées grâce à l'article 51 de la LFSS 2018 que soutient activement la FHP-MCO. Cet article ouvre des possibilités sans précédent.

Fin 2019, 45 projets d'organisation innovante du soin ont été autorisés par le ministère, majoritairement des rémunérations au forfait, par patient, ou collectives, destinées à différentes catégories professionnelles engagées dans le projet. Le groupe expert Article 51 de la FHP-MCO s'est penché sur le paiement à l'épisode de soins pour les prises en charge chirurgicales d'une colectomie pour cancer, de la prothèse totale de hanche et de genou. Suite à l'appel à manifestation d'intérêt, 25 établissements ont été retenus dont 7 privés pour tout d'abord, élaborer ensemble un cahier des charges, et participer ensuite à l'expérimentation.

Co-construction des cahiers des charges

Les travaux ont démarré en septembre 2018 et ont abouti à la publication des cahiers des charges en juillet 2019. Ils ont porté sur la gestion opérationnelle de l'expérimentation et la modélisation des parcours : durée de l'expérimentation, principes du modèle et de sa mise en œuvre, définition du périmètre des épisodes de soins et des acteurs concernés, critères d'inclusion des patients, facteurs de risque impactant la prise en charge, prestations prises en compte, élaboration des forfaits, gestion des bonus et malus durant l'expérimentation, définition d'indicateurs de suivi, etc.

Expérimentation

Outre les 25 premiers établissements, un appel à projets a permis d'intégrer d'autres candidats. L'expérimentation, deuxième étape, a pour objectif d'évaluer, en condition de vie réelle, la faisabilité technique et opérationnelle d'un modèle de paiement forfaitaire, le caractère incitatif de ce financement (sur la qualité du service rendu au patient, les résultats de soins, l'efficacité des prises en charge et le développement de coopérations et d'organisations innovantes), ainsi que l'intérêt d'une généralisation de ce mode de paiement. La durée totale de l'expérimentation est au maximum de 5 ans avec une évaluation annuelle de son avancement et des résultats.



Fatiha Atouf, Dr Matthieu Derancourt et Laure Dubois sont en charge de ce dossier.

- ▶ Le groupe expert Article 51 de la FHP-MCO a travaillé toute l'année 2019 sur ce sujet.
- ▶ Natacha Lemaire, rapporteure générale, et le Dr Annie Fouard, responsable de département DDGOS/DOS/DHOSPI-CNAMTS, sont intervenues au conseil d'administration en juin.



Pathologies chroniques

Rémunération forfaitaire

Près de 5 millions de personnes sont atteintes de diabète et de maladie rénale chronique. Le ministère souhaite engager les établissements dans une démarche de prévention et d'accompagnement au long cours de ces patients. Pour se faire, un nouveau mode de financement, le paiement au suivi, est lancé pour les maladies rénales chroniques (MRC) et le diabète. Il s'agit d'adapter le financement aux caractéristiques des patients et valoriser les résultats de santé obtenus ainsi que l'expérience patient.

Octobre 2019, une rémunération forfaitaire pour les MRC est lancée

Un nouveau financement est créé : il ne s'agit pas d'un financement à l'acte ou à l'activité, mais d'un forfait annuel par patient pour financer l'établissement pour le suivi de ces patients, en amont de la suppléance rénale.

Pour être éligible au dispositif, un établissement de santé doit prendre en charge annuellement au moins 220 patients adultes. Les patients éligibles à ce dispositif sont des adultes atteints de maladie rénale de stade 4 et 5. En sont exclus les patients de stade 1, 2 et 3, et ceux au stade de la suppléance.

L'établissement s'engage à mettre en place une équipe pluri-professionnelle. Pour percevoir le forfait complet, 3 actions au minimum doivent être réalisées pour chaque patient

annuellement : 1 consultation de néphrologue, 1 séance avec un infirmier et 1 séance avec un diététicien.

Recueil de données

La prise en charge de ces forfaits par l'Assurance maladie est subordonnée au recueil et à la transmission par les établissements concernés de certaines informations : données administratives, caractéristiques « patient », activité et indicateurs qualité (process et résultats). Un premier recueil de données simplifié a été lancé en 2019. Il a vocation à évoluer afin de prendre en compte, outre l'activité réalisée, les caractéristiques des patients et la qualité de la prise en charge.



Une rémunération forfaitaire pour le diabète en 2020 ?

Comme pour la MRC, les travaux sur la mise en place de forfaits pathologies chroniques pour le diabète ont été menés tout au long de l'année 2019. Cependant, ces travaux n'ont pu aboutir et la mise en œuvre de ce forfait, initialement programmée pour 2019, a été reportée.

À ce stade, seraient éligibles les établissements prenant en charge annuellement au moins 500 adultes ou 150 enfants. Les patients pouvant bénéficier du paiement au suivi seraient les patients diabétiques de type 1 et 2. En termes de prestations, le forfait se substituerait à des prestations existantes (FPI, HDJ, et certaines hospitalisations complètes de moins de 2 jours).

Les principaux points d'achoppement :

- ▶ La prise en compte d'une gradation en fonction des soins requis.
- ▶ L'enveloppe financière. La proposition est jugée insuffisante compte-tenu des enjeux de ce forfait : garantir l'existence d'une équipe multi-professionnelle pour améliorer la qualité des prises en charge du patient diabétique et proposer une amélioration de la prise en charge avec un accès à des prestations non valorisées aujourd'hui (diététicien, infirmier de parcours...).

Cette rémunération sera de même évolutive afin de prendre en compte de manière progressive les différentes caractéristiques des patients et la qualité de la prise en charge. À fin 2019, nous n'avons pas de visibilité sur la suite des travaux.



Sophie Busquet de Chivré, Laure Dubois et Dr Matthieu Derancourt sont en charge de ce dossier.

- ▶ Réponses apportées à plus de **30 questions** d'adhérents.
- ▶ **3 dépêches** diffusées.
- ▶ Accompagnement des établissements éligibles au forfait MRC.
- ▶ **15 réunions** pilotées par la Task Force, auxquelles ont siégé, outre les acteurs tutélaires habituels, des associations de patients, des sociétés savantes, et des syndicats professionnels.
- ▶ Selon les sujets, la FHP-MCO a été accompagnée de la directrice de l'information médicale du groupe Elsan, pour le forfait MRC, d'administrateurs de la FHP REIN, et pour le diabète, de la clinique Princess spécialisée dans cette prise en charge.
- ▶ Positions FHP-MCO et FHP REIN sur les projets d'arrêtés et de décrets.
- ▶ Intervention de la Task Force au séminaire stratégique de la FHP-MCO, et à l'assemblée générale de la FHP REIN.
- ▶ Intervention du président de la FHP REIN sur les nouveaux forfaits MRC lors des rencontres de la FHP.
- ▶ Implication du groupe expert Évolution de la classification GHM sur le nouveau recueil lié à ces forfaits.





Circulaire frontière

Gradation de la prise en charge

Des travaux ont été menés sur un rythme soutenu pour finaliser une nouvelle instruction en remplacement de la « circulaire frontière », dans la perspective d'une levée au 1^{er} mars 2020 du moratoire des contrôles sur les HDJ médicales.

La circulaire frontière, dans sa version 2010, nécessitait d'évoluer fortement compte-tenu des évolutions de prises en charge médicales et thérapeutiques des dix dernières années à la fois en externe et en ambulatoire. En 2017, l'arrivée de la prestation intermédiaire entre HDJ et activité externe (FPI), ainsi que les évolutions des règles d'administration et de facturation des produits de la réserve hospitalière (RH) avaient donné lieu à des travaux de clarification de cette circulaire frontière. Mais, en l'absence de consensus, ces travaux n'avaient pas abouti et un moratoire sur les contrôles T2A des hôpitaux de jour de médecine avait été mis en place.

Une clarification nécessaire

En 2019, le ministère a mis en œuvre une stratégie globale de soutien au virage ambulatoire. Cette stratégie se traduit par une politique tarifaire incitative, mais repose également sur une clarification de la gradation des prises en charge ambulatoires, et des tarifications associées, afin de lever le moratoire qui perdure depuis 2017. Par ailleurs, la réforme du financement avec le développement des forfaits pathologies chroniques doit aussi être intégrée à la réflexion.

C'est sous cet angle rénové que le remplacement de la circulaire frontière de 2010 par une nouvelle instruction « gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé » a été engagé dès le début d'année 2019.

L'objectif est de sécuriser la facturation des prises en charge ambulatoires et la DGOS s'est montrée très à l'écoute des retours des fédérations.

Les HDJ médicales, l'administration des produits de la RH, ainsi que la prise en charge de la douleur ont fait l'objet d'une attention particulière.

Groupe de travail transversaux et adhoc, Copil, les réunions techniques se sont enchaînées pour partager l'ensemble des positions et solliciter si nécessaire un arbitrage du cabinet du ministère.

Une instruction en 6 annexes

L'instruction est rédigée dans un corps de texte resserré composé de 6 annexes qui détaillent les conditions de facturation de l'ensemble des prises en charge ambulatoires : actes et consultations externes, prestations hospitalières sans hospitalisation, prises en charge en UHCD, et sans nuitée en dehors des UHCD, cas des pathologies chroniques facturées dans le cadre d'un forfait annuel. L'annexe 6 présente le nouveau dispositif de rescrit tarifaire.

Focus sur l'HDJ médicale sans acte classant « technique »

Une des nouveautés est la mise en place d'une tarification à 2 niveaux pour des prises en charge coordonnées par un professionnel médical :

- ▶ la facturation d'un GHS dit « intermédiaire » a lieu pour des prises en charge justifiant de 3 interventions.
- ▶ La facturation d'un GHS dit « plein » a lieu pour des prises en charge justifiant de 4 interventions ou dans le cas d'une surveillance particulière ou d'un contexte patient particulier, indépendamment du nombre d'interventions réalisées.

En conséquence, les forfaits AP2 et FPI sont supprimés et le périmètre du forfait APE est modifié.

Nouveau ! Le dispositif de rescrit

Un établissement de santé pourra avoir recours à un dispositif dit de rescrit qui permet d'obtenir une position formelle et opposable de l'État et de l'Assurance maladie sur les règles de facturation applicables. Le rescrit pourrait être mobilisé pour tous types d'hospitalisation de jour, et en UHCD. Il a vocation à se prononcer sur le respect du cadre réglementaire de facturation qui traduit la lourdeur de la prise en charge au sens des moyens mobilisés. La décision prise ensuite par la tutelle ne porte pas sur l'opportunité et la pertinence médicale de la prise en charge, elle apprécie uniquement les moyens mobilisés pour valider ou non une facturation en GHS. Il ne peut y avoir de demande de rescrit sur une prise en charge lorsqu'un contrôle ou contentieux T2A est déjà ouvert sur ce même périmètre.



Laure Dubois, Dr Matthieu Derancourt et Dr Michèle Brami sont en charge de ce dossier.

- ▶ Réponses apportées à **20 questions** des adhérents.
- ▶ **12 réunions** qui ont nécessité une position syndicale écrite (sur l'orientation des travaux et le détail des textes : projet d'instruction et projet d'arrêté prestation 2020).
- ▶ À l'ordre du jour des 16^e et 17^e réunions du Club des médecins DIM et du séminaire stratégique de la FHP-MCO.
- ▶ La DGOS est intervenue au cours de ces 3 manifestations.
- ▶ Sollicitation régulière du groupe expert Classification des GHM.

▶ DOSSIERS JURIDIQUES



▶▶▶ Bordereau S3404 Vers la fin du bordereau papier

Le volet numérique du plan « Ma santé 2022 » engage le secteur hospitalier sur l'autoroute du digital. Depuis septembre 2014, la FHP-MCO porte le projet de dématérialisation du bordereau S3404 dans le cadre des travaux de simplification du droit et des procédures administratives. Ce dossier s'est heurté d'une part au cadre législatif et réglementaire, et d'autre part, à la faible réactivité de certaines parties prenantes.

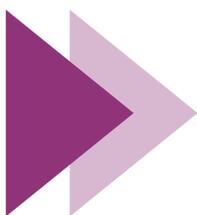
Le décret n°2018-173 du 9 mars 2018 exonère les établissements de l'obligation de transmission systématique des pièces justificatives lors des opérations de facturation. Les modalités techniques et opérationnelles des échanges entre les établissements de santé et l'Assurance maladie et les modalités de conservation des preuves et leur présentation le cas échéant, sont décrites dans un « Protocole d'accord-convention de preuve ». Il permet de reconnaître la valeur probante des pièces échangées via le dispositif « SCOR » (Scannerisation des ordonnances).

2016 :
le cahier des charges à l'attention des éditeurs était publié.

2018 :
la CNAM finalisait le projet de convention de preuve. Les modalités de conservation de l'ordonnance du prescripteur non soumise à transmission étaient diffusées. L'utilisation de la signature manuscrite numérique était définie et des logiciels étaient référencés.

2019 :
la phase pilote a été officiellement lancée et la CNAM a précisé la simplification de la liste des pièces justificatives à transmettre et celles exigibles par les caisses en cas de contrôle.

2020 :
si le prestataire SSII est prêt, l'établissement peut se lancer !





▶▶▶ Réforme des transports, suite...

Mise en application au 1^{er} octobre 2018, elle vise à maîtriser les coûts des transports sanitaires. Depuis 2017, la FHP-MCO travaille sur ce dossier complexe et n'a de cesse de demander des éclaircissements et des ajustements au ministère.

En 2019, le syndicat a porté 4 principales demandes.

- ▶ Procédure « stop-loss » : la FHP-MCO a été en faveur de la poursuite de cette procédure, mise en place en 2018, qui permet aux structures impactées financièrement au-delà de -0,1 % de leur chiffre d'affaires Assurance maladie de bénéficier d'une aide à la contractualisation. La FHP-MCO a également demandé la communication de la liste des établissements de santé en bénéficiant.
- ▶ Prise en compte de la distance : les fédérations, dont la FHP-MCO, ont demandé à être impliquées dans les travaux portant sur les modalités de mise en œuvre de la modulation des suppléments à la distance.
- ▶ L'adaptation et la simplification du dispositif de financement : la FHP-MCO a notamment demandé que les modalités et le circuit de facturation soient identiques pour toutes les prestations de moins de 48h, à savoir, qu'elles puissent donner lieu à la facturation d'un TSE.
- ▶ Enfin, le syndicat a signifié son souhait de disposer d'une évaluation de cette réforme.

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 80 portant sur les conditions de financement des transports, un comité de suivi au niveau du cabinet de la ministre a été mis en place. Dans ce cadre, il a été décidé de la création de deux groupes de travail associant des représentants des établissements de santé et des transporteurs sur les thématiques suivantes :

- ▶ le parcours du patient et la qualité des pratiques,
- ▶ la commande de transports et les plateformes.

Ils se sont réunis à plusieurs reprises.



Sophie Busquet de Chivré et Laure Dubois sont en charge de ce dossier.

- ▶ Échanges continus avec les délégations régionales, les syndicats de spécialités et la FHP.
- ▶ **5 réunions ministérielles** : comité de suivi et groupe technique adhoc.
- ▶ **2 consultations IGAS**.
- ▶ Propositions dans les plateformes de campagne tarifaire FHP-MCO.
- ▶ Réponses à de nombreuses questions des adhérents.



IBODE, un dossier à rebondissements

En décembre, le décret relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d'entrée en vigueur de dispositions transitoires pour les infirmiers de bloc opératoire a été publié. Il a tenu compte d'un certain nombre de demandes portées par la profession sur l'inadéquation du dispositif proposé par rapport à la réalité du terrain et au marché de l'emploi inexistant pour cette profession.

Ce décret met en place un dispositif transitoire permettant à l'infirmier ou l'infirmière dont l'employeur atteste qu'il exerce une fonction d'infirmier de bloc opératoire depuis une durée au moins égale à un an en équivalent temps plein (le projet de décret faisait état de deux années, cette durée de un an intervient après de nombreuses actions des fédérations hospitalières) à la date du 30 juin 2019 et qu'il apporte de manière régulière une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration au cours d'une intervention chirurgicale, de continuer cette activité sous réserve de son inscription à une épreuve de vérification des connaissances et de sa validation.

Dispositif transitoire

Afin de permettre la mise en place de ce dispositif transitoire tout en maintenant les activités et la qualité des soins au sein des blocs opératoires, l'exclusivité des infirmiers titulaires du diplôme d'État de bloc opératoire sur les trois actes susmentionnés est différée au 1^{er} janvier 2020. Enfin, la date limite fixée par le décret

n° 2015-74 du 27 janvier 2015 pour le suivi de la formation complémentaire des infirmiers titulaires d'un diplôme d'État de bloc opératoire est différée au 31 décembre 2021.

On peut regretter que la proposition des professionnels effectuée en 2018 avec l'UNAIBODE, les écoles des IBODE, les syndicats médicaux Le BLOC et le SML, la FEHAP et UNICANCER n'ait pas été retenue. Cette proposition permettait de résoudre la question des professionnels en poste tout en participant à la nécessaire création du marché du travail des IBODE.

Une habilitation

La publication de ce texte ne doit pas remettre en cause les actions de formation en cours visant à obtenir le diplôme IBODE. En effet, ce dispositif octroie une « simple » habilitation aux actes d'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration.

Enfin, face à la forte inquiétude des adhérents sur le risque juridique qu'ils encourent du fait de l'insuffisance d'IBODE dans les blocs opératoires privés, une consultation juridique accompagnée de recommandations de bonnes pratiques pour diminuer le risque au 1^{er} janvier 2020 a été réalisée. La FHP-MCO reste très fortement mobilisée sur ce sujet.



Sophie Busquet de Chivré est en charge de ce dossier.





Le CAQES et ses évolutions

Le CAQES est le nouveau socle obligatoire pour tous les établissements de santé depuis 2018. Il remplace les contrats d'objectifs existants portant sur les produits de santé, les transports, la pertinence et la qualité des soins. Trois réunions avec les autorités de tutelle ont eu lieu en 2019.

Une insatisfaction du dispositif actuel

La FHP-MCO a souligné le manque de lisibilité du dispositif, sa complexité, le trop grand nombre d'indicateurs, et la dimension très chronophage du process. Les ARS, évaluatrices, ont pointé leur manque de moyens sur ce dossier et constaté l'inefficacité de ce contrat pour améliorer la démarche qualité. Une enquête ministérielle analyse le retour d'expérience des établissements pour identifier les avantages et les freins.

Nouvelles orientations dans le PLFSS 2020

La signature du contrat resterait obligatoire mais uniquement pour les établissements ciblés au niveau national ou régional sur la base d'indicateurs réduits. La distinction entre le volet socle obligatoire relatif au bon usage des produits de santé et les volets optionnels serait supprimée. Les nouveaux indicateurs devront être cohérents avec ceux des autres dispositifs qualité (IFAQ et certification) afin d'éviter des redondances. Le respect de la pertinence des actes, prestations et prescriptions pour les établissements en situation de sur-recours, notamment d'abattement forfaitaire sur le volume d'actes en excédant, est rendu obligatoire. Les sanctions, en cas de non atteinte des résultats, sont supprimées et un outil pour lutter contre les situations de non-pertinence sur les territoires est créé. Enfin, les dispositions relatives à l'intéressement sont adaptées.

Un nouveau CAQES à 2 « branches » et 2 niveaux d'intéressement

Une première branche est constituée de 15 indicateurs nationaux et régionaux dont la répartition n'est pas arrêtée. Pour l'heure, seuls 4 indicateurs nationaux sont proposés. Une deuxième branche est constituée d'une liste d'actes dont la sélection est à arrêter en partant des éléments figurant dans l'étude d'impact du PLFSS 2020 (article 42). Sur la base d'une liste d'actes, le DG ARS pourra activer le levier financier sur la base des volumes constatés. Un décret est attendu au premier semestre 2020 ainsi qu'un arrêté. Faisant suite à des interrogations, les directions ministérielles précisent qu'il y aura un dialogue de gestion entre l'ARS et l'établissement. Un premier intéressement national, par indicateur, offre la possibilité aux établissements de récupérer 20 à 30 % des économies générées par leurs actions. Un deuxième, régional, est prévu via le FIR.

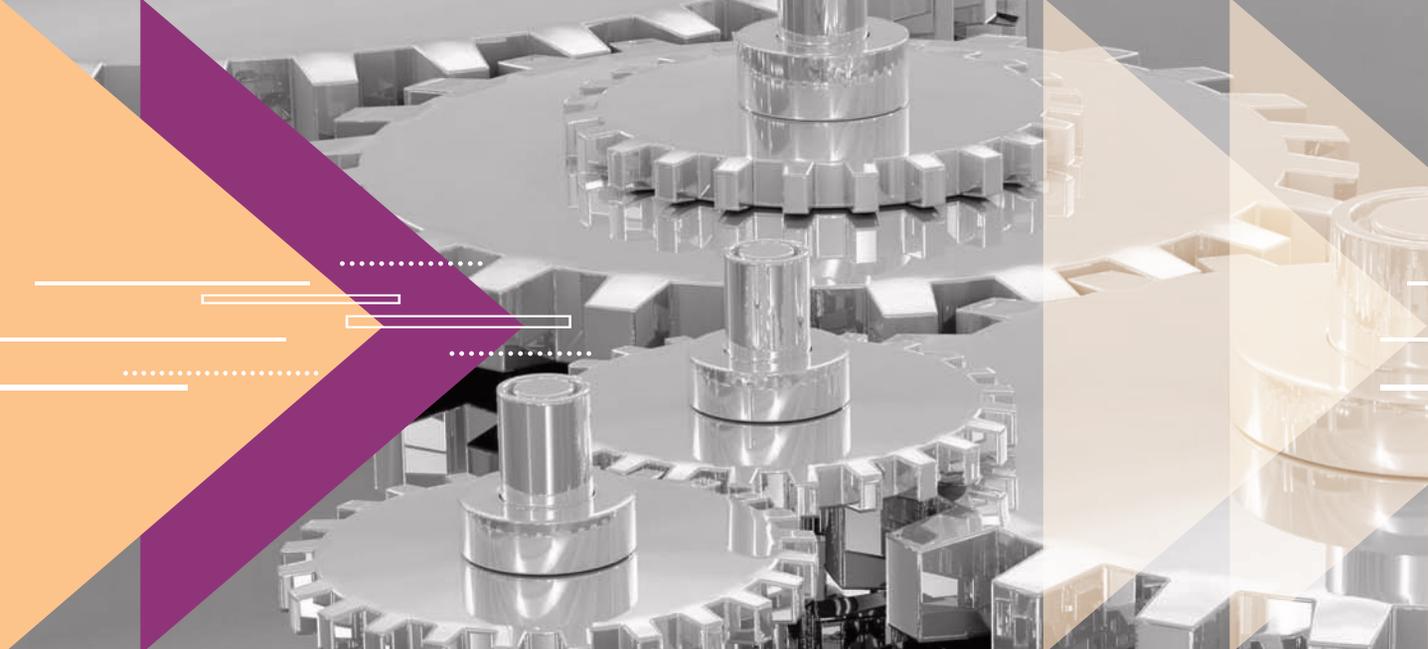


4 nouveaux indicateurs testés en 2020

- ▶ la prescription hospitalière de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM) exécutée en ville (PHEV)
- ▶ la prescription hospitalière d'IPP exécutée en ville (PHEV)
- ▶ le transport PHEV
- ▶ les examens pré-anesthésiques



Fatiha Atouf est en charge de ce dossier.



►►► Autorisations

Un chantier sous haute surveillance

Les enjeux de la réforme des autorisations d'activité de soins sont majeurs en termes d'organisation sanitaire, pour les patients, les professionnels de santé, les établissements. Le régime juridique à venir sera garant de règles de fonctionnement claires et transparentes, tant pour les acteurs eux-mêmes que pour le régulateur, via les schémas régionaux de santé ; il viendra légitimer l'existence des hôpitaux publics et privés. Si chacun s'accorde sur la nécessité d'évolution des normes actuelles, qui sont hétérogènes et pour certaines anciennes et inadaptées, la responsabilité commune est d'en faire des véhicules in fine de l'innovation et de la qualité des soins.

Cette réforme s'inscrit dans le plan « Ma santé 2022 » et répond à une volonté de territorialisation des soins. Le ministère veut promouvoir le « faire ensemble » en permettant aux acteurs de « se partager » une activité ou en être « co-responsables ». Pour ce faire, il organise une graduation des soins en s'appuyant sur des seuils d'activité et un cahier des charges.

La FHP-MCO a mis en ordre de marche des groupes de travail composés de directeurs expérimentés issus de son conseil d'administration, de praticiens volontaires et de ses permanents (médecin conseil, économistes, juristes) et a ainsi jeté toutes ses forces dans ce marathon avec des pilotes thématiques. Ils ont participé à de nombreux groupes de travail en 2019.

Entre un idéal et la réalité

La FHP-MCO et ses syndicats partenaires, l'AFC-UNHPC et la FHP REIN, regrettent le report et l'annulation de nombreuses réunions. Au 31 décembre 2019, aucun texte n'est encore publié. Certaines discussions se sont enlisées et le calendrier est retardé d'un semestre voire d'une année. Autre difficulté, la réforme des urgences vient télescopier le groupe de travail sur le même sujet.

Sur le fond, les conseils nationaux professionnels défendent ex-nihilo l'art de leur métier en dépit de la pénurie des ressources humaines et la faisabilité de la mise en œuvre. Cette préséance accordée à un monde idéal au détriment du bénéfice des patients, et l'absence de pragmatisme et de réalisme sont regrettables. Le risque d'un système en tuyaux d'orgue apparaît. La FHP-MCO réitère régulièrement sa demande d'accès aux études d'impact, seules à même d'arbitrer entre d'une part, un monde idéal et une réglementation hypertrophiée, et d'autre part, la réalité de terrain et la justification en termes de sécurité et de qualité des soins.



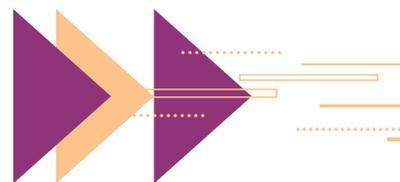


Thierry Béchu et le Dr Matthieu Derancourt pilotent ce dossier avec l'appui des experts du syndicat.

- ▶ La FHP-MCO remercie chaleureusement les administrateurs et les médecins libéraux qui ont siégé aux réunions ministérielles pour défendre les intérêts de l'hospitalisation privée.
- ▶ Un point d'étape fait à chaque bureau et conseil d'administration.
- ▶ À l'ordre du jour du séminaire stratégique de la FHP-MCO de septembre.

La FHP-MCO défend le secteur en vertu de 9 grands principes

- 01** Définir et délivrer les autorisations par site géographique.
- 02** Centrer le régime sur les activités et non sur les techniques.
- 03** Promouvoir une organisation territoriale s'appuyant sur des structures spécialisées et des structures de recours concentrées sur les prises en charge complexes des autorisations.
- 04** Proportionner les exigences réglementaires en fonction des prises en charge.
- 05** Reconnaître les compétences acquises par l'expérience des médecins.
- 06** Ne pas empêcher la réalisation d'actes urgences ou secondaires.
- 07** Baser le régime des autorisations sur des compétences en lieu et place des moyens.
- 08** Réaliser des études d'impact afin de garantir l'accessibilité des soins.
- 09** Mettre en conformité les PRS et la réglementation nationale et interdire la création de normes régionales.



Démarrée en 2018, la réforme porte sur les 18 activités de soins et les reconnaissances contractuelles. Elle s'étire jusqu'en 2020 au fil de plus de 140 réunions au ministère. Les travaux sont organisés en 3 vagues :

- ▶ La vague 1 concerne les activités interventionnelles (cardiologie, neurologie, oncologie et autres activités interventionnelles), la médecine nucléaire et les urgences. Les travaux devaient s'achever durant l'été 2019 et aboutir à la publication de textes d'application en septembre.
- ▶ La vague 2 concerne la périnatalité, le SSR, la cancérologie et la chirurgie.
- ▶ La vague 3 concerne la réanimation, la dialyse, la médecine, et la santé mentale.

Les travaux se sont poursuivis jusqu'à la fin 2019 et ne sont pas finalisés. À ce jour, aucun texte n'est encore publié.



▶ GROUPES EXPERTS

Les groupes experts sont des ateliers où l'on démonte et remonte le moteur des métiers.

Les membres sont des directeurs de clinique ainsi que des collaborateurs ou médecins, tous experts dans leur domaine. Ils élaborent des recommandations pour leurs pairs ; ils construisent et formalisent des argumentaires de défense de la profession.



▶ QUALITÉ

Pilote : Didier Delavaud
Référente : Laure Dubois
• 3 réunions

Le groupe poursuit ses 3 objectifs : améliorer la prise en compte des spécificités des établissements MCO privés, créer du lien entre les établissements expérimentateurs et avec le syndicat, et formaliser les positions syndicales sur les sujets « qualité », relayées auprès des instances (HAS, DGOS) par les permanents de la FHP-MCO, de la FHP, ou par le Baqimehp.

En 2019, le groupe a travaillé sur la certification V2020, les indicateurs qualité, le dispositif IFAQ, et le CAQES.

Outre les réunions, il a été sollicité notamment dans le cadre des concertations sur le nouveau référentiel V2020, sur le risque infectieux dans la V2020, sur le projet d'arrêté IFAQ 2019, et sur la prise en compte de la qualité de vie au travail dans IFAQ.



▶ CLASSIFICATION GHM

Pilote : Dr Marie-Paule Chariot
Référente : Laure Dubois
• 4 réunions

Ce groupe, composé de médecins DIM, sert de support à l'élaboration de réponses ou de propositions relatives à l'information médicale et à la classification apportées par le syndicat aux tutelles.

Outre les réunions programmées, il est sollicité dès que l'actualité le nécessite.

À ce titre, l'année 2019 a été chargée. En effet, si le groupe, comme à son habitude, a travaillé à la mise à jour annuelle du document Retour d'expérience « Anomalies de groupage/Tarifification », et à l'élaboration du programme des réunions du Club des médecins DIM, il a été sollicité 8 fois dans le cadre des travaux liés à la révision de la circulaire frontière et à l'élaboration des forfaits pathologies chroniques. Les retours des médecins DIM ont été précieux pour étayer les positions de la FHP-MCO.



▶ ARTICLE 51

Pilote : Paolo Silvano
Référents : Fatiha Atouf,
Laure Dubois et
Dr Matthieu Derancourt
• 7 réunions téléphoniques

À sa création, les objectifs de ce groupe étaient de recenser les expérimentations MCO, d'accompagner les adhérents et plus particulièrement les candidats à l'Appel à manifestation d'intérêt (AMI) sur les épisodes de soins. Il s'agissait également d'avoir une vision prospective sur les évolutions organisationnelles et financières qui pourraient découler des expérimentations.

En 2019, ce groupe s'est réuni en parallèle des travaux conduits par l'équipe projet « Expérimentation nationale d'un financement à l'épisode de soins » (DGOS, CNAM). Ces conférences téléphoniques ont permis une appropriation collective des travaux en cours et ont été l'occasion de préparer les positions techniques à défendre pour les établissements participant aux réunions du groupe de travail national piloté par l'équipe projet.



▶ **NAISSANCE**

Pilote : Jean-Loup Durousset
Référente : Sophie Busquet de Chivré
• 4 réunions

D'une manière générale, le groupe travaille sur la maternité privée de demain. La pénurie des gynécologues-obstétriciens se pose d'emblée : plus de 800 manquent pour faire fonctionner les maternités de France. Aux côtés du Conseil de l'Ordre des sages-femmes, le groupe s'est interrogé sur l'évolution de leur champ d'intervention : activité d'aide-opératoire et surveillance post interventionnelle en salle de réveil pour favoriser la construction du lien mère-enfant dans le cadre d'une césarienne (évolution de la réglementation), présence en CME, réalisation des accouchements par les sages-femmes en libéral sur les plateaux techniques, passerelles d'évolution vers d'autres métiers (infirmier anesthésiste, internat ciblé d'obstétrique, activité de PMA).

Enfin, le groupe a à cœur de faire progresser les pratiques des professionnels et a étudié le label Maternys proposé par le CNGOF en comparaison d'autres types de reconnaissances (label IHAB, Isatis). En appui à la FHP-MCO, le groupe a également travaillé sur la réforme des autorisations et sur la campagne tarifaire.



▶ **AUTORISATIONS**

Référents : Thierry Béchu et Dr Matthieu Derancourt

Les membres du bureau FHP-MCO réunis 6 fois en 2019 se sont tous impliqués dans la réflexion et les travaux portant sur la réforme des autorisations en particulier : Ségolène Benhamou, Alexandre Breil, Laurent Ramon, Dr Dominique Poels, Dr Denis Franck, Pascal Delubac, Vincent Lacombe, sur les sujets de médecine, chirurgie, obstétrique, cardiologie interventionnelle, urgences, oncologie, soins critiques, et dialyse en s'appuyant sur des experts extérieurs notamment le Dr Philippe Tourrand et le Dr Emmanuel Peigné.



▶ **RECHERCHE**

Référent : Thierry Béchu
• 3 réunions téléphoniques

Ce groupe est constitué de professionnels des métiers de la recherche et de l'innovation. Il constitue un lieu d'échanges et de partage d'informations, notamment sur l'évolution des dispositifs de financement MERRI.

Cette année 2019, le groupe a poursuivi les travaux initiés en 2018 sur le projet d'évolution des outils de financement SIGAPS-SIGREC grâce notamment à la présence d'un expert, le Pr Guy Rostoker, proposé par les membres du groupe expert et retenu par le ministère pour participer au groupe de travail mis en place à cette fin.

La présentation des travaux est prévue début 2020. La mise en œuvre des modifications ne devrait intervenir qu'en 2021.



▶ MOMENTS FORTS 2019



SEPTEMBRE

▶▶▶ 10^e Congrès des représentants d'usagers

En 2019, une décennie de démocratie sanitaire vivante était célébrée. Ce congrès incontournable fait le point sans langue de bois sur l'actualité. 250 représentants d'usagers et toutes les associations d'usagers reconnues d'utilité publique sont présentes ainsi que de nombreux représentants des instances tutélaires.



MARS

▶▶▶ 2^e Journée des métiers

Cet événement est une journée de partage d'expériences et d'expression de vives convictions dans un environnement particulièrement convivial.

AU PROGRAMME : une séance plénière sur le thème de la qualité avec 12 intervenants experts représentant des tutelles, des ateliers naissance (organisé par le groupe expert), cancérologie (organisé par l'AFC-UNHPC) et dialyse (organisé par la FHP Dialyse), la 3^e rencontre du Club Pharmacie, et enfin l'atelier de la Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée.



MARS ET DÉCEMBRE

16^e et 17^e réunions du Club des médecins DIM

L'objectif est tout d'abord un partage d'expériences entre pairs et ensuite l'agrégation des problématiques rencontrées par la profession afin de les faire remonter aux différentes tutelles.

AU PROGRAMME : la campagne tarifaire MCO, les travaux relatifs à l'instruction frontière, les contrôles T2A, les évolutions liées à l'information médicale, le codage automatique, retour d'une OMEDIT sur les listes en sus médicament et DM.



MARS ET OCTOBRE

Octobre rose et Mars bleu, deux temps forts contre le cancer

Le succès des campagnes nationales de dépistage du cancer du sein et du côlon dans les établissements de santé privés s'est confirmé en 2019. Des newsletters dédiées, 14 *Fil rose* et 11 *Fil bleu* aux couleurs des campagnes, ont été nécessaires pour partager avec tous les initiatives déployées.



SEPTEMBRE

Séminaire stratégique

Analyses, mises en perspective et arbitrages, les administrateurs ont planché un jour et demi sur les dossiers d'actualité.

OBJECTIF : impulser la politique syndicale des 12 prochains mois.



DÉCEMBRE

Merci !

Le Dr Gilles Schutz, président de la FHP Dialyse pendant 17 années a pris une retraite bien méritée. Les adhérents le remercient très chaleureusement pour son engagement sans faille à défendre les intérêts de l'activité privée de dialyse.



Journée des métiers de la FHP-MCO



Qualité : des indicateurs au financement

Cette séance plénière sur le thème de la qualité, animée par le Dr Paul Garassus, économiste, conseiller scientifique de la FHP-MCO et du Baqimehp, président de l'UEHP, remplaçait la traditionnelle Journée IFAQ organisée les années précédentes. Le financement IFAQ, mais également les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, les évolutions de la démarche de certification ont fait l'objet d'une présentation de leurs enjeux et des nouveaux outils par des représentants du ministère des Solidarités et de la Santé, de la CNAM, de l'HAS, et du HCAAM.

La qualité est depuis longtemps indissociable des activités de soins et représente à présent aussi un enjeu financier. Il faut cheminer des travaux sur les indicateurs vers ceux de leur financement. D'ici 2022, sur les 82,6 milliards d'euros de budget du secteur hospitalier, 2 milliards devraient être subordonnés à la qualité. Une enveloppe ambitieuse qui représente 2,4 % de l'enveloppe totale. Les 12 invités de la FHP-MCO à intervenir au cours de cette Journée des métiers, en ont appelé à la patience et à la participation des acteurs pour co-construire un modèle solide et pérenne.

Qualité et autorisation

Pour le ministère, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins passe par l'émergence d'une logique globale de gradation des soins et s'appuie sur des systèmes de seuils minimums d'activité. Les discussions au sein des groupes ministériels auxquels participe la FHP-MCO montrent que le risque est de vouloir réglementer chaque niche d'activité avec le risque d'aboutir à une réglementation hypertrophiée et pas toujours justifiée en termes de risque sanitaire.



MERCI !

Ils ont accepté le jeu de la transparence. Les micros ont circulé pareillement sur les scènes comme dans les salles, pour des prises de parole libres. Merci à :

- ▶ **Anne Chevrier**, cheffe du service certification des établissements de santé, HAS
- ▶ **Dr Annie Fouard**, responsable de département DDGOS/DOS/DHOSPI-CNAMTS
- ▶ **Nathalie Fourcade**, secrétaire générale, HCAAM
- ▶ **Dr Paul Garassus**, économiste, conseiller scientifique de la FHP-MCO et du Baqimehp, président de l'UEHP
- ▶ **Dr Catherine Grenier**, directeur de la DAQSS, HAS
- ▶ **Didier Guidoni**, Task Force réforme du financement
- ▶ **Natacha Lemaire**, rapporteure générale
- ▶ **Clémence Marty-Chastan**, Task Force réforme du financement
- ▶ **Dr Laetitia May**, cheffe du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, HAS
- ▶ **Dr Stéphanie Schramm**, adjointe à la cheffe du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours, HAS
- ▶ **Lydia Valdes**, adjointe à la cheffe de bureau Plateaux techniques et prises en charge hospitalières aiguës
- ▶ **Céline Wasmer**, adjointe à la sous-directrice du pilotage et de la performance, DGOS

Retour sur cette 2^e édition du 28 mars 2019



3^e rencontre en 2019 du Club Pharmacie

De nouvelles contraintes apparaissent : conciliation médicamenteuse, CAQES, évolution du système d'information avec le nouveau codage PMSI. Un temps d'échange a fait suite aux présentations des intervenants extérieurs, parmi lesquels des représentants de la DGOS, des OMEDIT, et de la CNAMTS.

Si les bénéfices pour le patient de plusieurs de ces mesures qui ont fait l'objet de nombreux retours d'expérience sont entendus, la tutelle a aussi pris la mesure des difficultés techniques que les établissements rencontrent, particulièrement dans la mise en place de la sérialisation.

Le Club s'est conclu sur une présentation de l'expérimentation « e-prescription ». La CNAMTS a rappelé la nécessité du bilan partagé comme préalable à toute généralisation.

Atelier naissance

À l'initiative du groupe expert Naissance, cet atelier animé par Jean-Loup Durosset a présenté au cours d'une première table ronde les facteurs environnementaux du bébé dans les 1 000 premiers jours de sa vie. Barbara Le Driant, maître de conférence et Fédérica Cilia, docteur en psychologie ont rappelé la mise en place du processus d'attachement entre la mère et l'enfant à sa naissance, essentiel pour un futur développement harmonieux. Karen Chardon, professeur au Laboratoire Peritox a pour sa part exposé les effets sanitaires des agents chimiques et physiques de l'environnement chez les populations sensibles au travers de l'étude du meconium des bébés dans lequel subsistent pendant plusieurs mois les facteurs environnementaux toxiques. Enfin, Albane Bizollon, sage-femme chez Noalys a présenté les ateliers Nesting mis en place à destination des parents afin de leur enseigner les 10 bons réflexes pour préserver leur bébé d'un environnement pollué.

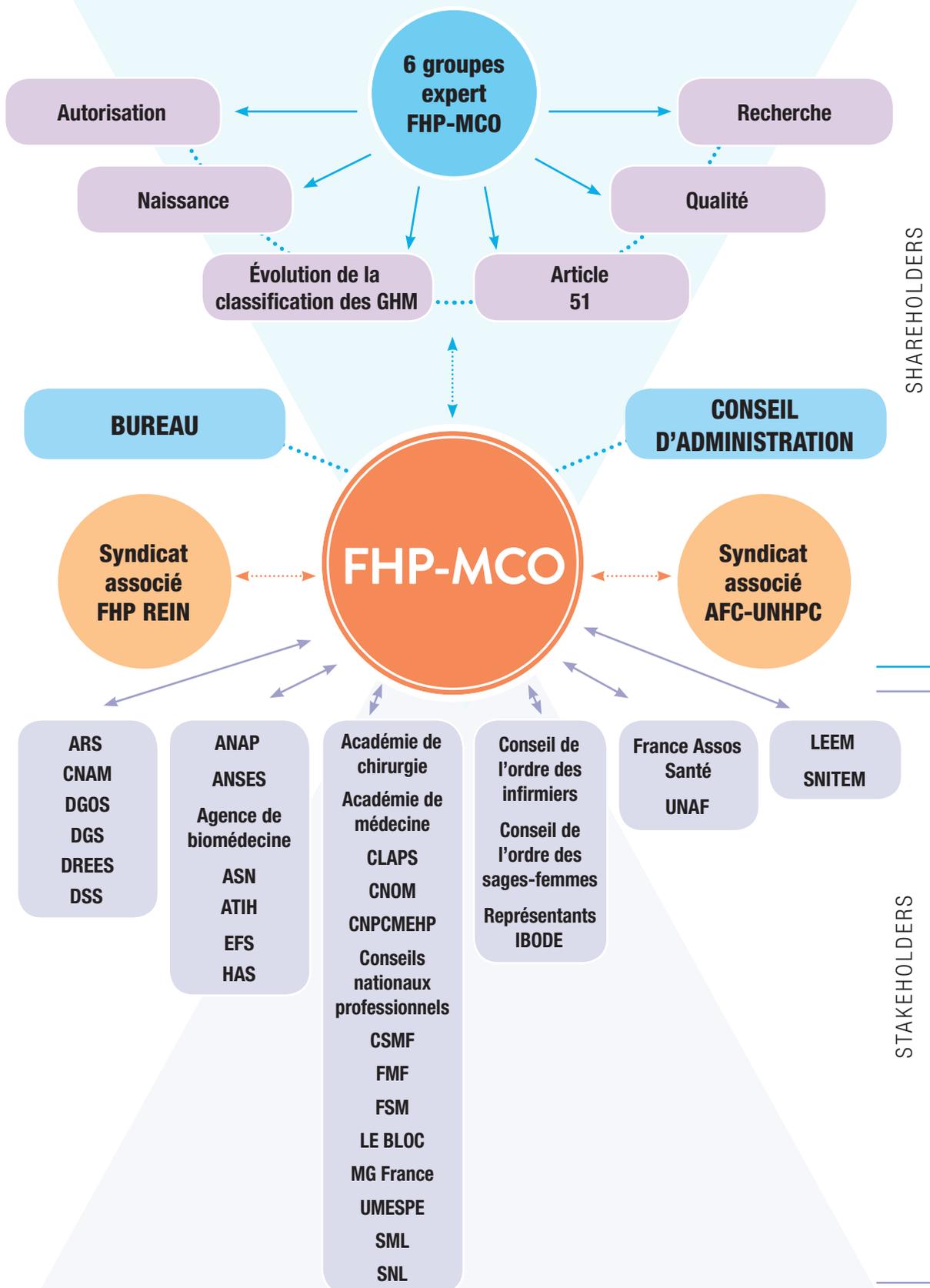
Dans un second temps, l'atelier naissance s'est intéressé à la césarienne et sa stigmatisation.

Béatrice Desparain, sage-femme chez Noalys, accompagne les gynécologues-obstétriciens lors des césariennes afin de préserver pour les parturientes le ressenti d'une naissance. Karima Payronie, journaliste, fondatrice de « Les podcasts de Kari » a témoigné sur son choix personnel d'une césarienne. Elles ont débattu avec Jean-Loup Durosset, pilote du groupe expert Naissance, et avec la salle.

Enfin, un échange avec Sylvie Escalon, DGOS, sur la réforme des autorisations de périnatalité a permis de lui faire part des attentes des établissements.



PARTIES PRENANTES





Le Congrès des représentants des usagers fêtait ses 10 ans !

En 2010, la FHP-MCO lançait le premier Congrès des représentants des usagers. Même si la loi Kouchner relative aux droits des malades avait été promulguée sept ans plus tôt, les représentants des usagers intervenaient encore peu dans les cliniques et la co-construction était un concept embryonnaire. La FHP-MCO lançait son congrès !

La FHP-MCO a alors parié sur une démarche de transparence à l'égard des représentants des usagers pour faire connaissance et pour les inviter à devenir une véritable partie prenante de l'amélioration de la qualité au sein des établissements de santé privés.

Dès le départ, les représentants des usagers sont venus nombreux, curieux, avides de dire et de comprendre. La FHP-MCO avait tant de choses à expliquer : le fonctionnement du secteur, ses enjeux, ses difficultés et ses réussites. Une relation très respectueuse et précieuse, nourrie de l'envie de faire ensemble, s'est alors installée, et elle perdure !

Ces dernières éditions ont été ponctuées de moments forts permettant d'aborder toutes sortes de sujets avec diverses personnalités : des représentants des usagers et des adhérents

bien sûr, mais aussi des représentants des ministères et des agences, des praticiens, des professeurs, des élus, des personnalités étrangères...

Tous sont venus exposer leur point de vue, partager leur expérience, débattre et prendre le pouls des usagers à travers cette salle de 200 personnes. Une décennie de démocratie sanitaire vivante était célébrée.



Fatiha Atouf est en charge de ce dossier.



SYNDICATS ASSOCIÉS

L'activité de cancérologie et celle de dialyse sont défendues par deux syndicats associés de la FHP-MCO.

AFC-UNHPC

Association française de cancérologie
Union nationale hospitalière privée de cancérologie



Les prises en charge purement hospitalières pour les patients atteints de cancer sont appelées à ne concerner que les phases aiguës des traitements. Si les décisions thérapeutiques restent la responsabilité des équipes de cancérologie au sein des établissements, le suivi est aujourd'hui coordonné autour du patient qui reste à domicile. L'organisation de son parcours est à construire.

Accès à l'innovation

De nombreux nouveaux traitements arrivent sur le marché, comme l'onco-immunothérapie, après des phases de recherche beaucoup plus courtes. Les patients accueillis dans des établissements de santé privés doivent pouvoir en bénéficier, même si cela demande une adaptation rapide aux circuits de financement de ces molécules. Sans parler des tests génétiques au sens large qui permettent de personnaliser ces traitements au plus juste. L'hospitalisation privée peut prétendre à la recherche clinique, aux innovations organisationnelles et au développement de nouvelles technologies.

RIHN

En 2019, l'application des règles de prise en charge a soulevé de nombreuses difficultés. Par exemple, les établissements détenant une consultation d'oncogénétique reçoivent les factures des tests concernant des patients qu'ils n'ont jamais pris en charge. Les restes à charge à prévoir pour les établissements deviennent colossaux.

La HAS n'a validé qu'un seul test cette année et la CNAM tarde à inscrire les tests à la nomenclature. La liste du RIHN n'est pas adaptée pour répondre aux enjeux des pratiques actuelles et à venir.

Tarifcation de la radiothérapie en stand by

Une seule réunion a été organisée en 2019 pour proposer de nouvelles évaluations. Autant dire que la profession a mal réagi à ce projet qui date de la Loi de financement de la Sécurité sociale de 2013 ! L'AFC-UNHPC attend des propositions chiffrées. Pour 2020 ?

Réforme des autorisations

Pas moins de 10 réunions ont été nécessaires pour aboutir en décembre aux premières formulations du futur texte. L'AFC-UNHPC défend avec la FHP-MCO les principes suivants :

- Ne pas « casser » ce qui fonctionne, exemple des réseaux régionaux de cancérologie.
- Obtenir une gradation réaliste des soins : des « mentions » en chirurgie du cancer, par organe, et non pas 3 niveaux de chirurgie.
- Appliquer des seuils d'activité 2 ans après la révision des plans régionaux de santé afin que les établissements puissent définir leur stratégie.



L'AFC-UNHPC a répondu à **116 questions des adhérents**.

24 numéros de Actus de l'AFC-UNHPC ont été diffusés.

Le syndicat a participé à **9 réunions** du bureau de la FHP-MCO, au groupe expert Qualité, aux réunions des délégués de régions et à la commission juridique. Il siège au Comex de la FHP, au Club des présidents, au CLAHP, au conseil d'administration de l'INCa et au bureau du Syndicat national des radiothérapeutes oncologues (SNRO).



L'AFC-UNHPC co-produit avec la FHP-MCO les newsletters *Fil rose* et *Fil bleu*, dédiées aux campagnes Octobre Rose et Mars Bleu.

Dr Denis FRANCK,
président



www.unhpc.org



Dr Anne MALLET,
secrétaire nationale
unhpc-am@orange.fr



► FHP Dialyse devient FHP REIN

FHP
REIN

L'assemblée générale de la FHP Dialyse s'est prononcée en octobre en faveur d'un changement de ses statuts. Pour tenir compte de l'évolution de son activité vers une prise en charge plus globale de la maladie rénale, elle a choisi de faire évoluer le nom du syndicat en FHP REIN et a procédé à l'élection de Vincent Lacombe à sa présidence. Elle a également décidé de s'adjoindre un conseil scientifique de 7 membres pour réfléchir aux nouvelles orientations et évolutions du métier. Il constitue un lieu de réflexion sur les pratiques professionnelles, leur éthique et la qualité de prise en charge des patients.



« Nous souhaitons évoluer d'une défense tarifaire de l'activité de dialyse à un syndicat de proposition pour valoriser pleinement nos métiers dans le traitement des maladies rénales chroniques. »

Vincent LACOMBE,
président

DES TEMPS FORTS

Réforme des autorisations

Une série de réunions dédiées à la dialyse se sont tenues dans le cadre de la réforme générale des autorisations. Les discussions sont en cours et le syndicat a été force de proposition pour faire évoluer le dispositif réglementaire actuel. La FHP REIN a revendiqué un assouplissement des normes qui datent de 2002 et ne sont plus adaptées à la réalité actuelle.

Baisse des tarifs de 2,06 %

Le syndicat a fermement dénoncé une politique de rabot tarifaire et s'est associé à la FEHAP pour publier un communiqué de presse.

Partenariat avec France Rein

La convention de partenariat signée en 2018 a été reconduite. Le syndicat a soutenu la réalisation par France Rein d'un guide du patient

dialysé. Ce rapprochement a donné l'occasion de signer un courrier commun avec France Rein, la FEHAP et la SFNDT début juillet pour demander la diminution du nombre de patients nécessaire pour intégrer le forfait maladie rénale chronique, initialement annoncé par la TF à 300 patients, et qui s'est finalement stabilisé à 220 patients.

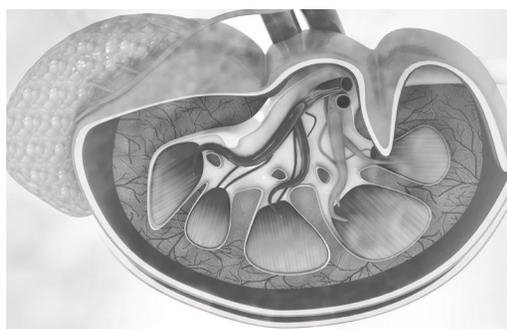
Forfait maladie rénale chronique

Ce chantier mené avec la Task Force a fortement mobilisé le syndicat avec beaucoup d'évolutions sur le périmètre du forfait. Créé en septembre pour les patients adultes atteints de la maladie rénale de stades 4 et 5, il permet un accompagnement plus qualitatif des patients grâce à une prise en charge pluridisciplinaire. De nombreuses structures privées se sont mobilisées pour proposer cette nouvelle modalité de suivi des patients et ont pu intégrer la liste des 238 structures retenues comme éligibles.



- **9 réunions** du conseil d'administration
- Une assemblée générale extraordinaire et ordinaire
- Un atelier dialyse lors de la **Journée des métiers FHP-MCO**
- **33 questions** ont été posées par les adhérents

Sophie Busquet de Chivré est en charge de ce dossier.



www.objectif-rein-sante.fr



▶ INSTANCES SYNDICALES

▶▶▶ Des adhérents élus pour défendre la profession

Ils sont 12, directrices et directeurs d'établissements privés MCO et constituent le bureau du syndicat, élu pour trois ans, 2017-2020. Ils se réunissent régulièrement pour débattre et soumettre des projets au conseil d'administration.

▶ Bureau



Ségolène BENHAMOU
Présidente FHP-MCO



Pascal DELUBAC
Vice-président FHP-MCO



Dr Dominique POELS
Secrétaire général
FHP-MCO



Paolo SILVANO
Trésorier FHP-MCO



Alexandre BREIL



Delphine DUPÉ



Marie-France GAUCHER



Laurent RAMON



Claire RAVIER



Nicolas VALENTIN



Dr Denis FRANCK
Président de
AFC-UNHPC



Vincent LACOMBE
Président de
la FHP REIN

Conseil d'administration

Les membres du bureau font partie du conseil d'administration.

Christophe ALFANDARI
Philippe AUVRAY
Dr Christophe BAILLET
Thierry BARBON
Denis BAUDINAUD
Bernard BENSADOUN
Isabelle BIELLI NADEAU
Nicolas BIOULOU
Dominique BOULANGÉ
Éric CALDERON
Philippe CARBONEL
Alain CARRIÉ
Nicolas CHAMP
Dr Ange CUCCHI
Nicolas DAUDÉ
Stephan DE BUTLER
Pierre DE VILETTE
Dr Mathias DELEFLIE
Fabrice DERBIAS
Isabelle DUMONT DA SILVA
Dr Arié ELKOUBY
Pierre-Yves EMMANUELLI
Frédérique GAMA
Jean-Philippe GAMBARO
Hervé GOURGOUILLON
Jacqueline HUBERT
Isabelle L'HOPITAL-ROSE
Stéphane LIÉVAIN
Dr Stéphane LOCRET
Éric LOUCHE
Johanne LOUIS
Dr Anne MALLET
Pierre MALTERRE
Dr Nabil MANSOUR
Mathias MARTIN
Bruno MASSON
Bertrand MIGNOT
Anthony MONNIER
Sébastien MOUNIER
Jean Michel NABIAS
Henri NAGAPIN



Les administrateurs en séance au Medef.

Jean-Luc RAFLÉ
Dr François RAHMANI
Gérard REYSSEGUIER
Dr Guillaume RICHALET
Dr Philippe SOUCHOIS
Xavier VAILLANT
Olivier VERRIEZ
Catherine VIATGE
Patrick WISNIEWSKI

Lamine GHARBI,
président de la FHP
Christine SCHIBLER,
déléguée générale de la FHP

Remerciements

Tous nos remerciements pour leur engagement syndical à :
Gérard BARON
Olivier BENETON
Danielle DEVAUCHELLE
Bruno MARIE
Dr Gilles SCHUTZ

ILS SONT INTERVENUS AUX CONSEILS D'ADMINISTRATION

Benoît APOLLIS,
Juriste - Cabinet CORMIER
BADIN

Sandrine BILLET,
Task Force

Me Jean-Christophe BOYER

**Céline FAYE et
Stéphanie PIERRET,**
DGOS

**Pr Olivier GOEAU
BRISSONNIÈRE,**
Président - FSM

Dr Catherine GRENIER,
Directrice de l'Amélioration
de la qualité et de la sécurité
des soins - HAS

Didier GUIDONI,
Task Force

Emilie LEBÉE-THOMAS,
DIALOGHEALTH

Natacha LEMAIRE,
Rapporteuse générale
Task Force

ÉQUIPE

Un service adhérent de qualité, nous sommes efficaces

Affaires juridiques, expertise médicale, affaires économiques et statistiques, secrétariat général, ils sont 7 au service des adhérents. Ils travaillent sous la direction de Thierry Béchu, délégué général, qui agit sur mandat du conseil d'administration, du bureau et de la présidence du syndicat. Ils ont répondu à plus de 700 questions des adhérents et participé à plus de 130 réunions.



THIERRY BÉCHU
Délégué général

thierry.bechu.mco@fhp.fr
01 53 83 56 55



FATIHA ATOUF
Déléguée aux affaires juridiques
et fiscales

fatiha.atouf.mco@fhp.fr
01 53 83 56 80

- ◆ Normes réglementaires relatives aux activités de médecine, alternatives à l'hospitalisation, chirurgie esthétique, réanimation, soins intensifs, surveillance continue, télémedecine, PUI, recherche médicale, stérilisation
- ◆ Contractualisation (CPOM, CAQES, CBUM)
- ◆ Contentieux financements (factures rectificatives et complémentaires), contrôles T2A
- ◆ Fiscalité activité MCO ◆ Prestations hors nomenclature Sécurité sociale
- ◆ Enquêtes et indicateurs ◆ Relation patient et responsabilité médicale
- ◆ Référente du groupe expert Juridique, Article 51 et du Congrès des représentants des usagers



SOPHIE BUSQUET DE CHIVRÉ
Déléguée aux affaires juridiques et
référente FHP REIN

sophie.busquet.mco@fhp.fr
01 53 83 56 59

- ◆ Normes réglementaires relatives aux activités de chirurgie, chirurgie cardiaque, activités interventionnelles dont cardiologie, maternité et AMP, éducation thérapeutique, imagerie, biologie médicale / ACP, oncologie, soins palliatifs, urgences, PDSSES, dialyse, maladies rénales chroniques
- ◆ Contentieux financement ◆ Professions paramédicales (IBODE)
- ◆ Transports / urgences / PDSSES
- ◆ Planification MCO
- ◆ Référente du groupe expert Naissance, et du syndicat FHP Rein



DR MATTHIEU DERANCOURT
Médecin conseil

matthieu.derancourt.mco@fhp.fr
01 53 83 56 58

- ◆ Régime des autorisations des activités de soins
- ◆ Information médicale (PMSI, classification GHM, etc.)
- ◆ Nomenclatures (CCAM, NGAP, etc.)
- ◆ Convention médicale
- ◆ Contrôles T2A / inspections
- ◆ Médicaments et dispositifs médicaux : radiations partielles, etc.
- ◆ Article 51 : dispositifs de financement expérimentaux, médicaments et dispositifs médicaux



LAURE DUBOIS
Déléguée aux affaires
médico-économiques et à la qualité

laure.dubois.mco@fhp.fr
01 53 83 56 57

- ◆ Financement à l'activité : GHS, suppléments, forfaits en D, SE, FFM, coefficient prudentiel
- ◆ Campagne tarifaire
- ◆ Financement à la qualité (IFAQ)
- ◆ Information médicale (PMSI, classification GHM, etc.) en partenariat avec le médecin conseil
- ◆ Forfaits pathologies chroniques ◆ Transports
- ◆ Article 51 : dispositifs de financement expérimentaux
- ◆ Référente des groupes experts Qualité, Évolution de la classification, Article 51 et du Club des médecins DIM



THIBAUT GEORGIN
Délégué aux études statistiques
et financières

thibault.georGIN.mco@fhp.fr
01 53 83 56 75

- ◆ Financement des établissements de santé à la dotation : MIGAC (MIG cancérologie, précarité, etc.), MERRI (recherche clinique, RIHN, actes HN), FAU, etc.
- ◆ Travaux ENCC
- ◆ Analyse et requêtes sur base de données PMSI, SAE, etc.
- ◆ Tableaux de bord
- ◆ Étude d'impacts de la campagne tarifaire
- ◆ Référent du Club pharmacie

SECRETARIAT GÉNÉRAL



SÉVERINE DEFOSSE
Secrétaire générale

severine.defosse.mco@fhp.fr
01 53 83 56 86

- ◆ Organisation des événements (journées, congrès et assemblée générale, conseil d'administration, bureau, groupes experts, etc.) FHP-MCO et FHP REIN
- ◆ Relations avec les partenaires communication, suivi des campagnes et production des supports (*Le 13h, Dialogue Santé, 5 minutes pour comprendre*, etc.)
- ◆ Fonctionnement interne (contrats, comptabilité, etc.)
- ◆ Gestion des rendez-vous de la présidence et de la délégation générale
- ◆ Gestion de la base adhérents

Remerciements



DR MICHÈLE BRAMI
Médecin conseil à la FHP-MCO depuis 2013, le Dr Michèle Brami a pris sa retraite en 2019.

La présidente et tous les membres du conseil d'administration, l'ensemble des collaborateurs de la FHP-MCO, louent ses qualités humaines, son amabilité, sa ténacité, sa perspicacité, et bien sûr ses grandes compétences du monde hospitalier et de la santé en général.

Merci Michèle et bonne retraite Dr Brami !

► COMMUNICATION

► Numérique

www.fhpmco.fr

En 2019, le site a comptabilisé **126 847 visites** (+ 0,63 % par rapport à 2018).

Le site crée de la curiosité : 86 % des internautes sont de nouveaux visiteurs.

Les contenus les plus consultés sont comme l'année dernière les dépêches « expert » et « événement ». La dépêche « *Arrêté tarifaire 2019* » totalise à elle seule 3 519 vues ! Par ailleurs, 20 articles ont été publiés.

Un fil de dépêches

Les experts – juristes, économistes, médecin conseil – de la FHP-MCO produisent des aides à la décision sous forme de dépêches publiées au fil de l'actualité du secteur. Alertes, fiches d'informations techniques, ce support digital client est un soutien aux managers et cadres des cliniques MCO.

Social wall

Cette page internet affiche des contenus partagés par les établissements de santé sur leurs propres réseaux sociaux : Facebook, Twitter et Youtube.

Son principal objectif est de démultiplier la communication et l'image de marque des adhérents.

► fhpmco.fr/socialwall/global/

Twitter

En 2019, le fil Twitter de la FHP MCO a gagné plus de 458 abonnés soit un total de **3 731 abonnés**. La communication sur le compte prend diverses formes : partage des actualités du site internet de la FHP-MCO (billet de la présidente, interviews, actualités santé, initiatives publiées dans les *Fil rose* et *Fil bleu*, etc.).

410 000 impressions totales ont été comptabilisées, soit une évolution de 16 %. Le taux d'engagement annuel moyen est de 1 %. 412 retweets et 819 likes ont été générés.

Le flux RSS

Le flux RSS du site de la FHP-MCO (<http://feeds.feedburner.com/FHPMCO>) permet d'être averti dès qu'un nouvel article est disponible sur le site. En 2019, il comptait **555 abonnés**.

Le 13h

Le lundi est le jour du « 13h », la newsletter numérique. Elle informe et relie les adhérents. **46 numéros** et autant de positions politiques exprimées au travers d'un éditorial signé par la présidente ont ponctué la vie syndicale.

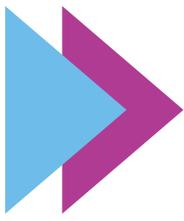


Des Fils de couleur pour nous relier

14 numéros du *Fil rose* pour promouvoir le dépistage du cancer du sein et **11 du *Fil bleu*** pour développer celui du cancer du côlon ont été nécessaires pour témoigner de 140 initiatives de terrain d'une part, et près de 70 d'autre part. Ces fils tissent une communauté d'acteurs qui agissent.

Les taux de désabonnement sont très bas et la liste de diffusion s'allonge, deux preuves que les lecteurs y trouvent leur intérêt !





Print



5 minutes pour comprendre

La FHP-MCO décortique des dossiers complexes pour en restituer un résumé à lire en 5 minutes. En 2019, la campagne tarifaire, depuis le vote de l'Ondam hospitalier jusqu'aux modulations tarifaires, était expliquée tout comme le processus de négociation de la FHP-MCO (5 minutes pour comprendre n°12).



Dialogue Santé

Trois fois par an, la FHP-MCO entame un dialogue sur une thématique métier avec le corps médical exerçant dans les cliniques MCO. En 2019, le syndicat s'est penché en janvier sur la féminisation du corps médical (Dialogue santé n°30), en mai sur la santé 4.0 autour des enjeux de l'intelligence artificielle (n°31), et en septembre sur le modèle de financement à la qualité IFAQ (n°32).



Synthèse du séminaire stratégique

À la rentrée de septembre, les administrateurs de la FHP-MCO se réunissent pour décider des orientations stratégiques des 12 mois à venir. Ces décisions constituent la feuille de route syndicale. Elles sont partagées avec tous les adhérents grâce à ce résumé imprimé.

Actes du 10^e Congrès des représentants des usagers

Ce temps fort de la vie démocratique de la FHP-MCO fait l'objet d'une synthèse des interventions des invités. Largement diffusée aux adhérents du syndicat mais aussi aux représentants des usagers et à leurs associations, cette publication est autant un support de documentation que de communication.



▶ ANTI JARGON

AG	Assemblée générale
AME	Aide médicale de l'État
APE	administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information d'hospitalisation
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
CBUM	Contrat de bon usage des médicaments
CLAHP	Comité de liaison et d'action de l'hospitalisation privée
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
CNAM	Caisse nationale de l'Assurance maladie
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français.
COPIL	Comité de pilotage
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DAQSS	Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département d'information médicale
DM	Dispositifs médicaux
DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
DRH	Direction des ressources humaines
ETE-ORTH	Événement thrombo-embolique après pose de prothèse totale de hanche - hors fracture - ou de genou
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (privés non lucratifs)
FIR	Fonds d'intervention régional
FPI	Forfait prestation intermédiaire
GHM	Groupe homogène de malade
GHS	Groupe homogène de séjour
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
HDJ	Hôpital de jour
IAS	Infections associées aux soins
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
IFAQ	Incitation financière à l'amélioration de la qualité

IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IHAB	Initiative hôpital ami des bébés
IPP	Inhibiteur de la pompe à protons
LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC	Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation
MRC	Maladie rénale chronique
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
OMEDIT	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
PDES	Permanence des soins en établissement de santé
PIA	Prestations inter activités
PIE	Prestations inter établissements
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMA	Procréation médicalement assistée
QVT	Qualité de vie au travail
RAAC	Récupération améliorée après chirurgie
RAQ	Responsable assurance qualité et gestion des risques
RETEX	Retour d'expérience
RH	Réserve hospitalière
RIHN	Référentiel des actes innovants hors nomenclature
SCOR	Scannerisation des ordonnances
SE	Sécurité et environnement hospitalier
SFNDD	Société francophone de néphrologie, dialyse, transplantation
SSII	Société de services en ingénierie informatique
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TDE	Supplément transport définitif
TSE	Supplément transport provisoire
UDM	Unité de dialyse médicalisée
UEHP	Union européenne de l'hospitalisation privée
UHCD	Unité Hospitalisation de courte durée
UNAIBODE	Union nationale des associations d'infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État



▶ TRANSITION



**Pour aller plus loin, téléchargez le PDF interactif sur
www.fhpmco.fr**

Rapport d'activité FHP-MCO 2019.

Rédaction : services FHP-MCO et BVM Communication.

Crédits : AdobeStock, iStock, Pixabay, Shutterstock, Cocktail santé, Franck Duounau, FHP-MCO, BVM Communication, Clinique de l'Espérance, Polyclinique de la Baie

Maquette : BVM Communication – Mars 2020.

Imprimé en France.

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2019

► TRANSITION

Les transformations profondes et historiques initiées en 2018 n'ont pas trouvé les traductions opérationnelles attendues au cours de 2019 qui s'est révélée être une année de **transition**.

L'ossature même de notre système – autorisation d'activité et modèle de financement – est en passe d'être bouleversée. D'autres transformations, conjoncturelles et structurelles, font aussi évoluer notre environnement médical, social et économique.

La FHP-MCO vous accompagne dans cette conduite du changement.