



FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS

Réunion Comité OQN Vendredi 06 décembre 2013

Le 3 janvier 2014

Origine : Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE	Présents : Patrick GAILLET, Diego CALABRO, Thierry DEGOUL, Philippe REMER, Cybille BUZY, Guillaume LOHR, Kerry HALFERTY-HARDY, Corinne DARRE, Olivier MULER, Valérie RICHARD. Excusés : Jean-Luc DALMAS, Thierry SALADIN, Corinne DARRE, André GUINET, André PROCACCI, Denis PABST, Guillaume LOHR, Jean-François COGLIN
Suivi par : Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE, David CAUSSE	Copie à : Equipe sanitaire, Véronique CHASSE, Jean-François GOGLIN, Chargés de mission
Comité OQN du vendredi 06 décembre 2013 10h – 16 heures	

- **Actualité DRT : [présentation jointe](#)**

- Le temps partiel

La loi de sécurisation de l'emploi prévoit que, à compter du 1^{er} janvier 2014, la durée minimale de travail du salarié à temps partiel sera de 24 heures par semaine sauf dérogations prévues par accord de branche étendu. Un accord de branche au niveau d'UNIFED a été négocié prévoyant :

a. La durée minimale dérogatoire aux 24 heures prévues par la loi est de:

- 2 heures hebdomadaires ou l'équivalent mensuel ou calculé sur la période d'aménagement du temps de travail prévue par accord collectif pour :
 - o tous les personnels médicaux ;
 - o les masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes-orthésistes, diététiciens ;
 - o les psychologues, neuropsychologues, sages-femmes, certains infirmiers et manipulateurs radio titulaires d'une formation qualifiante portant sur une spécialité (consultations, tabacologie, pansements, hygiène, douleurs ...)
 - o intervenants en formation, enseignants

Suite à une demande de la CFTD, il a été précisé que, en ce qui concerne les pharmaciens, la durée minimale est de 17 heures 30 minutes dans les établissements sanitaires et de 7 heures dans les établissements médico-sociaux, en cohérence avec les dispositions de l'article Art. R. 5126-42. du Code de la santé publique.

- 14 heures hebdomadaires ou l'équivalent mensuel ou calculé sur la période d'aménagement du temps de travail prévue par accord collectif pour les catégories de

personnel pour lesquelles les exigences du poste le justifient.

Dans le cadre du recensement annuel des souhaits d'augmentation du temps travail des salariés à temps partiel intéressés par des compléments d'heures, les entreprises informent et consultent le comité d'entreprise, ou à défaut, les délégués du personnel sur les motifs du recours à la dérogation. Cette information et consultation portent également sur la proposition faite aux salariés d'augmenter leur durée du travail.

En contrepartie de la dérogation à la durée minimale, le salarié à temps partiel bénéficie d'horaires de travail réguliers. L'entreprise organise la planification du temps de travail en journées complètes ou demi-journées.

- b. L'accord de branche permet également aux entreprises de pouvoir proposer des avenants de compléments d'heures sans majoration de salaire aux salariés à temps partiel. Le nombre maximum d'avenants « compléments d'heures » par an par salarié est fixé à cinq, hors cas de remplacement d'un salarié absent nommément désigné, pour lequel le nombre d'avenants n'est pas limité

➤ La convention 51

Les points actuels de négociation portent sur :

- La possibilité pour les salariés proches de la retraite de demander à alléger leur temps de travail ; en contrepartie la prime de départ en retraite sera diminuée.
- la filière infirmiers, cadres infirmiers, responsables infirmiers, rééducateurs ...
- la révision à la marge de situations de promotion posant problème

➤ Les emplois d'avenir

En tant qu'enjeu important pour l'emploi et la formation, la FEHAP a signé une convention pour le recrutement de 1500 emplois d'avenir pour les années 2013 et 2014. Le public visé est composé de jeunes sans emploi ayant entre 16 et 25 ans ou de jeunes de moins de 30 ans en situation de handicap ayant un niveau de qualification allant du bac au bac + 3. Afin d'optimiser le recrutement de ces jeunes, les établissements recevront des aides financières pour l'emploi avec notamment une prise en charge par l'Etat de 75% de la rémunération du jeune, une aide spécifique OETH à hauteur de 15% de la rémunération et une prise en charge par certaines ARS et collectivités territoriales du reste à charge pour l'employeur. L'idée est ici d'accompagner des jeunes éloignés de l'emploi vers un dispositif de formation. L'Etat s'est engagé dans la convention à octroyer, aux établissements adhérents à la FEHAP, 11,3 millions sur l'ONDAM et des crédits CNSA pour le financement des formations des jeunes.

- **Le projet CROM (financement par le Ministère de l'Industrie)** : par le Docteur REFRAIS, responsable UNA service, équipement ; Guy BAZZOCHI groupe COUEA

Présentation jointe

Santé Service- Plateau de coordination est situé à Mougins, hébergé au sein du groupe A. Tzanck.

L'approche (dès l'entrée) de réfléchir à la prise en charge de la sortie d'hospitalisation permet d'assurer plus de disponibilité des lits d'hospitalisation et d'assurer la continuité de la prise en charge au-delà de la période d'hospitalisation.

Pour les patients porteurs de maladies chroniques qui font des séjours à l'hôpital fréquemment cette réflexion a démarré en 2008.

Enjeu : être capable dès son entrée de détecter le moment et la façon dont la sortie va s'opérer. Cela vise les pathologies chroniques : HTA et insuffisances cardiaques et insuffisances respiratoires. Une gestionnaire de cas est une personne essentielle dans ce type de dispositif ; elle gère dès l'entrée toute la coordination.

Résultats après + de 1500 sorties.

Baisse de 5 à 15 % de DMS des pathologies des patients.

Baisse de 30% du nombre et des durées des séjours en SSR.

Satisfaction des patients.

Pour les établissements MCO : à noter un gain de disponibilité des capacités et de la rentabilité. Pour le régime général, pour les complémentaires santé des avantages également (forfait hospitalier, chambres particulières...) et on note une augmentation des ré-hospitalisations dans les 3 mois (+10%).

Services et aides mis en place ou renforcés : SSIAD, HAD, IDE, kiné, partage de repas, téléassistance, transfert en SSR, matériel médical...

La gestionnaire de cas doit être une personne extérieure, sa mission unique : trouver des solutions pour ces patients. Elle ne peut prendre que 40 nouveaux cas par mois. Dans les contrats d'assurances, il y a des mesures facilitant le retour à domicile, le gestionnaire de cas doit être en mesure d'exploiter les mesures de financement proposées, connaître le système de santé (PRADO notamment)....

Jean-Pierre AUGUS (Santé Service Assistance) :

Le gestionnaire de cas pour bien fonctionner doit être en lien fort avec le dispositif des mutuelles → Trouver un accord équilibré – établissement de santé – complémentaires santé.

Santé service assistance réfléchit désormais à une couverture nationale. Le projet CROM est dans une phase pilote, il faut désormais passer à une autre phase pour aborder la territorialité.

DG (M. BAZZOCHI) de Santé de COVEA : en termes d'activité c'est 3 millions de personnes (Couverture en santé sur tout le territoire), son cœur de métier est le métier d'assistance.

La nécessaire coordination, la gestion de la relation afin de faciliter et organiser une sortie d'hospitalisation ne sont pas le cœur de métier de COVEA ; ces aspects doivent être travaillés en complémentarité avec la gestionnaire de cas notamment dans la phase de généralisation du dispositif c'est un enjeu et un vrai sujet en tant que tel.

Estimation du coût 250€ par sortie de patients. (cf. note). COVEA → 20% du coût provient de coûts d'hospitalisation.

Dématérialisation : sujet important à réfléchir.

En conclusion

A ce jour, un modèle a été développé. L'établissement gagne une optimisation de la durée de séjour.

Un [nouvel appel à projets « territoires numériques »](#) a été lancé, il s'accompagne d'un [cahier des charges](#). Dans la suite du rapport Lauvergeon une note ([jointe](#)) sera communiquée sur le schéma cible et médico économique.

- **Conventions internationales Hôpital Américain- Intervention de** Madame Kerry HALFERTY HARDY, Dirigeant de développement en chef de l'hôpital Américain et Valérie RICHARD Responsable Affaires Juridiques et Réglementaires : **retour d'expérience sur le dossier des conventions internationales.**

Il est apparu important de partager avec les établissements du Comité OQN impliqués sur cette thématique. Le Comité OQN souhaite que le Siège réfléchisse à cette question. Sous l'angle du développement de l'activité, ce dossier est important pour le secteur FEHAP.

- L'Institut Gustave Roussy a recruté une commerciale dédiée sur ce sujet. L'AP-HP facture des GHS majorés pour les malades étrangers (non assurance maladie française),

Une réflexion sur les relations internationales pourrait être initiée avec quelques établissements du Comité OQN en y associant l'hôpital américain

Prise en charge des malades étrangers (conventions existantes, tarification)

- Un état des lieux des conventions existantes pourrait être réalisé, avec les pays concernés.

- Le Comité OQN trouve essentiel d'être référencé dans les contrats d'assurance et les complémentaires étrangères.

L'hôpital américain – premier état des lieux.

Depuis 1999 échange à plusieurs niveaux : médecins, administratif, recherche...cela s'inscrit dans les missions de l'hôpital américain qui doit répondre aussi aux standard des hôpitaux des Etats Unis. École de médecine de Columbia, réseau des patients internationaux, conventions avec les compagnies d'assurance et hôtels hospitaliers (accompagnant) sont développés le 6 décembre 2013.

25% des patients → Clientèle étrangère.

Moyen-Orient et Afrique.

Conventions avec l'Afrique : cellule dédiée à cette clientèle.

Convention avec les Japonais. Prise en charge globale, Beaucoup d'orthopédie et accouchements.

Un médecin dédié japonais. 1 membre du Conseil de gouvernance est lui-même japonais pour assurer le lien. Exigences élevées de la clientèle japonaise.

Lien historique fort avec New York ~~Prospect~~ **Presbyterian** Hospital. Il s'agit d'une affiliation s'inscrivant dans une démarche d'échanges de compétences, de personnels.

L'hôpital américain évoque également l'environnement américain des établissements de santé : avec un lieu qui regroupe à Houston : 54 établissements sur un même site, 7,2 millions de patients en 2012, 106 000 emplois, 3,4 milliards de dollars de recherches par an dans ces hôpitaux tous PNL.

L'Etat français ne priorise pas la valeur ajoutée « santé ». Houston mise sur la richesse en renommée de l'Etat de sur la santé → Ce sont des levées de fonds privés qui permettent tout cela, tout est l'affaire de gestion de fonds privés souvent associatifs.

L'hôpital Américain travaille avec des compagnies d'assurances. Les patients sont incités aussi à avoir en plus des assurances complémentaires.

Pour le Comité OQN, le système américain avec les établissements PNL doit être une source d'inspiration. Les établissements PNL peuvent être aussi une source de réponse aux soins de Santé, alors que les groupes et chaînes privées lucratives vont financièrement mal et avec le risque de désengagement en filigrane.

Le Comité OQN souhaite que les établissements PNL MCO OQN s'organisent plus en réseaux.

- **Campagne budgétaire 2014**

(cf. note du Conseil de l'hospitalisation). Le siège reprend les éléments de perspective pour la campagne 2014 et notamment les positions inscrites dans la note du conseil de l'hospitalisation du 4 décembre 2013 ([en pièce jointe](#))

La [circulaire budgétaire](#) de fin de campagne est attendue fin décembre (mail joint diffusé après le comité du 6/12/13).

L'avenant n°8 n'a fonctionné que sur un mois alors qu'il a été provisionné sur un an. Il est à prévoir que l'enveloppe de ville soit dépassée.

Tour de table des situations budgétaires des établissements présents :

Tzanck → Stabilisation activité en 2014.

Diaconat → entre 3 et 5 %

SSR Lille : +7% : autorisation neurologique mise en œuvre

IP : + 1,5% max +2%

Hôpital américain : + 4% en CA de prévu (5 à 6% activité) : + 6% au bloc.

Novembre 2013 a été un bon mois en termes d'activité,

Financement F.I.R. / Réunion de Concertation Pluridisciplinaire de Cancérologie (RCP)

La circulaire DGOS du 8 octobre 2013 concernant le Fonds d'Intervention Régional (F.I.R.) prévoit notamment un financement destiné à rémunérer les praticiens libéraux des établissements de santé privés, « ex OQN) au titre de leur participation aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire de Cancérologie (R.C.P.).

Pour mémoire, la circulaire n° DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire a mis en place un financement national de type MIG selon des critères d'allocation de ressources communs à tous les établissements de santé, ex-DGF ou ex-OQN, pour les « actions de qualité transversale des pratiques des soins en cancérologie ».

Cependant, un abattement de 25 % de la dotation MIG a été effectué pour les établissements de santé du secteur ex OQN en raison du statut libéral des praticiens.

En conséquence, la rémunération médicale relative à la participation aux RCP qui devait être financée à l'époque par le FIQCS doit l'être aujourd'hui par le F.I.R.

Cette mesure figure bien dans la 2^{ème} circulaire budgétaire 2013 (8 octobre 2013).

Les établissements OQN doivent donc s'assurer du versement de ces crédits par leur A.R.S.

PLFSS 2014

Le Conseil Constitutionnel a été saisi.

Article 33 cet article recouvre plusieurs sujets importants pour le secteur

Les établissements MCO qui exercent dans des zones dites isolées tout statut – Il est prévu une mesure dérogatoire en termes de financement.

La Facturation des actes pour les médecins salariés est prévue. La loi HPST avait déjà avancé cette question ; Cet amendement a été défendu par la FHP FEHAP contre les amendements de suppression via les syndicats libéraux.

→ Ouverture au 1^{er} recours importante cette mesure vaut pour l'HAD, la dialyse, le SSR

La dégressivité tarifaire a bien été votée, les modalités de son application restent à définir et elles seront soumises à la concertation avec les fédérations en janvier mais à ce stade et pour cette année cela reste une mesure nationale (soit un dispositif sur toute la grille tarifaire soit le franchissement d'un seuil soit au regard d'une dynamique (ex : 2 à 3 % d'activité sanction à 4%).

200 millions d'€ sur les 4 ans qui viennent cette nouvelle mesure de dégressivité tarifaire.

Dégressivité : le Comité OQN fait remarquer que le risque est majoré quand 1 établissement se trouve sur un monopole /recours territorial. Il s'élève contre cette mesure qui va à l'encontre de la qualité des soins et des orientations ministérielles qui tendent à regrouper et spécialiser les plateaux techniques. Avec la fixation de seuils minima d'activité (cancero, cardio...) les établissements seront donc pénalisés dans tous les cas (chute d'activité ou à contrario, développement de celle-ci).

Au niveau économique, si cette mesure était compréhensible pour les scanner et les IRM, compte tenu du coût de l'appareil, elle est incompréhensible pour les activités médicales et chirurgicales où le coût est essentiellement constitué de salaires et de consommables.

Dégressivité et pertinence des soins – position FEHAP mais à ce stade il n'y a pas d'informations précises sur ses modalités de mise en œuvre (position transmise à la DGOS pour le 8 janvier 2014 (jointe)http://fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/083_degressivite_tarifaire_20140103_v4_numero_8.pdf).

Créations d'activités et les regroupements seront hors périmètre : le Comité OQN est invité à signaler auprès des DG ARS ces cas de figure.

Concernant la LFSS et LFS 2014 le siège réalisera tout début janvier une note de synthèse des articles impactant les établissements sanitaires et sociaux et médico sociaux.

On garde le coefficient prudentiel outil pour préserver la masse tarifaire en campagne 2014 ; à cela s'ajoute une prévision en volume => 2,8% d'évolution mécanique des volumes (hypothèse qui circule).

Le PLFSS 2014 présente de nombreuses expérimentations : IRC ; radiothérapie, expérimentations par pathologie avec un cahier des charges national des dispositifs dérogatoires pour des expérimentations pilotées par les niveaux régionaux (ARS).

- **PLF 2014 : 3 dispositions importantes**

1) – hausse de la TVA pour tout le monde

- prestations de restauration, les établissements entrent dans le cadre des cantines d'entreprises !!! Ce qui justifie 1 demande de taux réduit.

Lettre commune sur ce sujet.

Le Comité OQN est invité à se mobiliser sur ce sujet auprès des députés et sénateurs.

2) ZRR LR-Midi Pyrénées, Limousin, Auvergne.

Article 78 : Bretagne, Lorraine : les exonérations sociales sont abattues significativement (1/3) avec des pertes d'emplois significatives.

→ Carte nationale des zones ZRR disponible ([en pièce jointe](#) + [courrier](#)).

→ Siège social situé dans les zones ZRR.

Cette nouvelle mesure concerne l'ancien dispositif.

- **Projet ESS**

Cette loi présente plusieurs intérêts. Tout d'abord, elle définit la notion de « fratrie de l'ESS » comme regroupant les associations, mutuelles, coopératives et autres structures du privé non lucratif ainsi que les entreprises lucratives ayant un mode de gouvernance solidaire. Cette nouvelle définition permettra à l'avenir aux structures relevant de cette liste d'avoir un « ticket d'entrée » auprès de la banque publique d'investissement.

De même, concernant le droit des associations, cette loi reconnaît et écrit désormais le concept d'apports partiels d'actifs.

De plus, concernant la question des transferts d'autorisation ou de cessions d'autorisation, la FEHAP a réussi à faire adopter le rescrit administratif c'est-à-dire que désormais, lorsque deux associations envisageront de se transférer des autorisations, elles pourront écrire en amont au directeur général de l'ARS ou au président du conseil général qui donnera son accord au préalable pour le transfert

des autorisations.

Enfin, la FEHAP souhaiterait désormais s'attacher à la question des cessions à la barre du tribunal c'est-à-dire d'avoir un amendement prévoyant qu'en cas de reprise judiciaire d'une activité, le juge, avant d'attribuer cette reprise à un opérateur, devra consulter en amont le directeur de l'ARS ou le président du conseil général sur sa recommandation et son classement des repreneurs potentiels. L'objectif est de voir mieux considérer les offres de reprise non lucratives.

1ere lecture à l'Assemblée Nationale au printemps. Texte voté par le Sénat, Benoît HAMON a fédéré y compris là où il n'y a pas de majorité

Financement via la BPI → cela crée un ticket d'entrée pour la BPI. La loi est votée donc les établissements peuvent déjà montrer un projet ficelé via un financement BPI.

Le Comité OQN est invité à se mobiliser sur 2 sujets en particulier :

La question du rescrit → une règle est visée par la FEHAP pour protéger le secteur associatif dans le cadre d'une reprise d'établissement. La FEHAP a proposé : l'établissement demande avant à l'ARS ou au PCG ; c'est une manière de chercher à créer un réflexe auprès de l'ARS ou du PCG afin de protéger le secteur.

Le rapporteur Marc DAUNIS – région PACA, député Alpes Maritimes → objectif : faire déposer cet amendement.

1 note est écrite sur le sujet.

Le caractère non lucratif :

→ L'article 1 doit être ajusté afin d'intégrer les OSBL – organisme et entreprise demandé ensuite.

→ La lettre aux Parlementaires ([en pièce jointe](#)) donne des explications dans les échanges avec les parlementaires.

→ Lien avec le projet ESS et la notion d'organisme et entreprises solidaires.

[En pièce jointe la note de positionnement FEHAP](#)

- **Chambres particuliers en ambulatoire :**

Majorité des établissements présents, pas de problème : Prix demandé 25 à 35 €

- **Ambulatoire :** Projet de simplification des demandes de renouvellement.

Faut-il faire un dossier spécifique pour l'ambulatoire ou la demande de renouvellement d'activité MCO suffit-elle ?

Maxence Cormier sera interrogé sur cette question juridique. Les ARS demandent des dossiers de renouvellement. Sa réponse est qu'un dossier spécifique est indispensable.

- **Actualités**

Quelques éléments d'actualité SSR

- Les établissements doivent s'appropriier tous les outils de description de l'activité. Investissement de méthodes autour de la classification GME.

Renoncement à moduler via la GME => décision COPIL SSR septembre 2013.

Le comité OQN doit signaler les distorsions de classification au Siège catherine.rea@fehpa.fr

- Travailler sur son système d'information y compris les prérequis d'hôpital numérique est une priorité pour les établissements SSR.
- Politiques tarifaires : Lille HC 360 HJ 248 euros en locomoteur tout compris HC 192 euros HJ 170 euros.

Il est signalé que les établissements OQN SSR avec médecins salariés sont alignés sur les tarifs lucratifs alors que les établissements FEHAP ont des missions de service public.

- Transports : OQN SSR FEHAP tout compris repérage de cette fragilité. La FEHAP est passé du recours amiable au recours contentieux.

Recommandations HAS et SSR : Temps partiel → la DGOS oublie cet aspect dans le référentiel SSR de la HAS (reco HAS) malgré les alertes de la FEHAP. La FEHAP est très embarrassée sur ce travail et cette question du temps partiel.

- La CNAMTS travail à ce jour 17 MSAP en plus de celle qui existe.

Actualité HAD : la circulaire vient d'être publiée (en pièce jointe).

- 65% de l'HAD est du PNL ; objectif développement de l'HAD. Des logiques de partenariat entre établissements et HAD sont à développer au sein du réseau FEHAP : HAD SSR logique de co-développement durable.
- Indicateurs CPOM – se rapprocher de centres de santé
- Etablissement de santé et centre de santé → existe-t-il des modèles de conventions.

Le comité OQN (Patrick Gaillet notamment) souhaite disposer d'un modèle de convention.

- Schéma à travailler sur l'éducation thérapeutique, → note FEHAP sur le développement d'un centre de santé (...) [en pièce jointe](#). La disposition PLFSS 2014 règle le problème des médecins salariés. NFT et centre de santé enjeux stratégiques pour 2014 pour la direction générale FEHAP.
- Partenariat MGEN/ partenariat avec garantie de non dépassement et non reste à charge. Les médecins libéraux qui interviennent dans les centres de santé ne font pas de dépassements.

Liste en sus et recours :

Catherine Réa présente l'actualité sur le sujet du Recours exceptionnel

- 158 millions d'euros → 35 millions d'euros avec un seuil à 10 actes 2013.
- DM TAVI + 12% liste 50% sont représentés par les TAVI

En fonction des entretiens qu'elle a eus avec le Ministère qui est demandeur, Catherine REA souhaite une expertise économique globale sur les techniques innovantes.

Ces études auront l'avantage de montrer l'expertise et la qualité des plateaux techniques des établissements de la FEHAP.

→ Il faut tout regarder au global (ex les TAVI coûtent cher, mais moins d'hospitalisations, moins de médicaments...)

- Lancement d'un travail en 2016 sur 2 domaines : les TAVI et la robotique.
- **grille TAVI à créer** les établissements avec lesquels il convient de lancer cette réflexion sont les suivants IMM + St Joseph Paris + St Joseph Marseille + Institut A. TZANCK + Infirmerie Protestante de Lyon
- **grille robot sur la partie urologie**. Construction d'une échelle de coût. Etablissements Tzanck + St Joseph + Hôpital américain
- sur la partie gynécologique : Hôpital américain + autres établissements à contacter.

Le Comité OQN propose à Uni SARA de réfléchir sur le sujet suivant ; le coût des consommables en robotique.

→ **ODJ comité OQN2014 inscrire un sujet recherche avec peut être un exemple de DRCI...**

Voir avec Julie Boissier travailler l'aspect « méthodologie » et Ecole des mines.

En perspective des autres réunions du Comité OQN

- Dossier de la robotique et des TAVI en lien avec Catherine réa Conseiller médical.
- UNI SARA acheter les produits ensemble pour faire baisser les prix.

Evolution du plan stratégique : question du parc immobilier analyse et bilan coût / avantage d'un fond d'investissement sorte de foncière ; Sur cette question de construction d'une foncière la FEHAP peut-elle se doter un fonds de sauvegarde. (Se doter un moyen d'intervenir vite). **Le comité OQN souhaite apporter ses compétences.**

Dates des prochains Comités OQN : 21 mars 2014 9h30 – 15h et 16 mai 2014 9h30- 15h.