

Le 4/04/2014

Origine : Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE	Présents : Patrick GAILLET, Jean-Luc DELMAS, Philippe REMER, Thierry SALADIN, Céline FERRIERE, Daniel SPECKEL, Valérie RICHARD. Excusés : Cybille BUZY, Diego CALABRO, Corinne DARRE, Thierry DEGOUL, Guillaume LOHR, Denis PABST.
Suivi par : Patrick GAILLET	Copie à : Equipe sanitaire, Sylvie AMZALEG, Jean-François GOGLIN
Comité OQN du 21 mars 2014 09 heures 30 – 15 heures 45	

1. Actualité de la Direction des Relations du Travail

En amont de la réunion un certain nombre de documents ont été adressés par mail aux Membres du Comité OQN : [circulaire sur le temps partiel](#) ; [Avenant n°2014-01 du 04.02.2014](#) et [tableau comparatif recommandation et avenant n°2014-01](#).

2. Jean-François Goglin, Conseiller SI FEHAP : Actualités sur les dossiers SI (Slides en séance)

Jean François Goglin est membre de la Commission Open Data : c'est un des objectifs du Premier Ministre => libérer les données et élargir leur partage. La commission rendra son rapport dans environs deux mois.

Plus il y aura de données disponibles sur les établissements et les structures, plus celles-ci seront utilisées et mises en disponibilité dans des guides, sur site internet...

La [télémédecine](#) et la télésurveillance sont des éléments structurants et stratégiques pour la FEHAP. Mettre en place tous les outils s'inscrit dans la démarche de la certification des établissements de santé. Il est fortement recommandé d'investir pour atteindre les prérequis d'hôpital numérique. Le fil rouge pour les établissements est le réglementaire.

Autre point de vigilance : ne pas se faire imposer des GCS par les ARS autour des SI...

La télémédecine est un levier fondamental de la mise en place de ces nouvelles organisations.

L'idée est aussi d'amener de la valeur, de créer de l'innovation, de se positionner sur le domicile...

Slide 18 : la télémédecine comment l'aborder et la mettre en place ?

=> Article 36 de la LFSS 2014 « **Expérimentation du financement d'actes de télémédecine** »

Le présent article autorise l'expérimentation du financement d'actes de télémédecine pour accélérer le déploiement de nouveaux usages de la télémédecine pour les patients pris en charge en ville ou en « structures médico-sociales » notamment en EHPAD. Les interlocuteurs du Ministère nous ont confirmé que cette locution inhabituelle vise bien l'ensemble des EMS et également les services à domicile (SSIAD, SAMSAH, etc...).

Cette expérimentation est mise en place à compter du 1er janvier 2014 pour une période de 4 ans dans des régions pilotes dont la liste sera arrêtée par les ministres. Ces expérimentations seront fondées sur un cahier des charges national défini par l'arrêté.

Elles feront l'objet d'un pilotage régional via les ARS. Elles porteront sur les activités de télé-expertise, de téléconsultation et de télésurveillance et pourront notamment s'appliquer au suivi

des plaies chroniques ou aux consultations dans les structures médico-sociales, pour la télé-expertise (ex : psychiatrie, cancérologie, dermatologie, cardiologie) pour la télésurveillance (ex : affections cardiovasculaires, diabète, affections respiratoires, insuffisance rénale).

Elles nécessitent de déroger aux règles de tarification de droit commun. Des travaux seront engagés par la DGOS en lien avec la CNAMTS. Les expérimentations seront financées via le FIR par des crédits fléchés.

Plusieurs objectifs sont visés par cet article : la facilitation de l'accès aux soins notamment dans les zones plus denses ou enclavées, l'optimisation de l'efficacité de la prise en charge pour les patients et l'optimisation des parcours de santé notamment pour les personnes âgées et handicapées.

Au terme des expérimentations, une évaluation est conduite par la HAS en vue de la généralisation en liaison avec les acteurs participant à l'expérimentation. Un rapport sera transmis au Parlement avant le 30 septembre 2016.

⇒ Il y a une réelle volonté politique sur ce sujet sur l'ensemble du territoire. Des questions restent en suspens : comme celle de la responsabilité.

Portail FEHAP : Espace adhérent en cours de création : un service va être créé permettant de déposer des CV pour faciliter les recrutements comme les DSIO ou les métiers autour des SI, les responsables de la sécurité des systèmes qui sont des postes potentiellement mutualisables.

L'expérience d'une association installée sur le site d'Arnault Tzanck est citée, notamment le partenariat avec le CE d'EDF : pour la télé-alarme médicalisée.

Un Projet HAD / soins à domicile avec l'ARS PACA est en cours.

Le Comité OQN demande d'inscrire aussi la télésurveillance / assistance à l'ordre du jour de la réunion du mois de septembre qui pourrait s'organiser à Mougins avec la présentation sur site du dispositif...). Le Comité OQN rappelle que ce dossier est essentiel dans une logique de parcours.

Beaucoup de projets sont en réflexion et/ou expérimentation à Arnault Tzanck : Convention avec un Centre de santé de la MGEN.

Comment cela s'articule avec le projet NFT- FEHAP sur les centres de santé ?

Partenariat avec les pharmacies de ville et une société française qui met en place un nouveau mode de distribution de médicaments avec traçabilité informatique pour les SSIAD => il faut réfléchir autrement pour apporter à domicile tous les services autour de la personne en s'appuyant sur les nouvelles technologies et les dispositifs de télésurveillance et téléassistance.

Hôpital numérique : il est recommandé de monter un projet de pilotage médico économique à plusieurs établissements, les dossiers étant déposés par entité juridique.

Sur le domaine n°5 d'Hôpital numérique : le dispositif doit être prêt avant la fin de l'année 2014.

Sur hôpital numérique, il y a 5 domaines en pratique, les ARS ne prennent souvent que 3 domaines éligibles.

Dans le dispositif ministériel 06 pour chaque domaine il y a un recensement de la nature des dossiers déposés.

3. Intervention Julie-Boissier les appels à projets et la convention type (supports en pièces jointes)

Pour la 1^{ère} fois les centres de santé et les maisons de santé sans être adossés à un établissement de santé sont éligibles.

La France est encore mal positionnée sur des [appels à projets](#) européens - PHRC-PRME....

La FEHAP s'est rapproché du CNAM afin de solliciter des Economistes de la santé du CNAM venant en appui des dossiers des établissements souhaitant se positionner.

[Dossier MERRI](#) => ouverture en 2012 à tous les établissements à condition qu'ils respectent les seuils de publications et d'essais cliniques. La FEHAP a beaucoup œuvré depuis deux ans pour valoriser les démarches de coopération. Ce dossier a été validé par la DGOS cette année. Les établissements OQN sont invités à se positionner dans ce nouveau cadre...

Le Comité OQN souhaite que les ressources soient mutualisées en particulier celles des Assistants en recherche Cliniques (ARC).

Il faut aussi que les praticiens libéraux publient. La DGOS est dans UN esprit d'ouverture. Le comité OQN est invité à adresser à Julie Boissier-Lainé le nom des praticiens libéraux qui sont concernés par le sujet. L'accord FHP avec la ministre Touraine aborde aussi cette question de la recherche dans les chaînes d'établissements et groupes comme la générale de santé.

Concernant les Mutuelles et la complémentaire obligatoire : le comité OQN demande à être associé aux travaux et souhaitent apporter son concours si besoin.

4. TAVI et robotique urologique

Robot urologique => St Joseph Marseille, IMM, Tzanck, Hôpital Européen, Hôpital Américain.

Le Comité OQN signale une Etude belge sur la robotique, et précise qu'il y a des critères qualitatifs et quantitatifs pour être centre référent. Les démarches à mener sont les suivantes :

- 1) Faire valider le questionnaire médical par « le groupe Robot ».
- 2) Déterminer le coût à la sortie.
 - ⇒ 1 étude économique sera produite. Le Docteur Catherine Réa Conseiller Médical FEHAP évoque également le côté patients avec la logique HAS du parcours => cf. volet/questionnaire patients Belge.
 - ⇒ Le Docteur Catherine Réa réalisera la bibliographie, puis organisera une réunion pour challenger les équipes médicales et il est recommandé sur ce type de projet de mettre d'emblée un économiste de la santé et de ce fait l'associer à cette réunion avec les équipes médicales.

Le Docteur Catherine Réa précise que l'objectif est bien de rédiger un appel à projets pour l'année prochaine (PRME comparatif). Il est indiqué que les médecins des sites concernés doivent être rencontrés et le docteur Catherine Réa propose de se déplacer dans les établissements.

La Formation des équipes est primordiale cet aspect ressort très clairement de la 1^{ère} étude bibliographique réalisée par Catherine Réa.

Concernant la gestion de la liste en sus – Merri. Il est précisé que ce qui intéresse la DGOS et le ministère c'est le volet médico économique au-delà de la technologie en tant que telle. Catherine Réa fera passer au comité OQN et établissements concernés le retro planning des visites.

IL est proposé de faire un comité OQN sur site pour travailler avec les équipes sur le dossier des Robots. Comité OQN => prévoir une présentation médicale avec un volet impact des organisations en septembre 2014.

TAVI : les établissements concernés sont les suivants : Marie Lannelongue, IMM, FOCH, Saint Joseph Marseille, TZANCK. Catherine Réa précise que le dossier a avancé très vite car la DGOS a commencé à travailler sur ce sujet mais a fait des erreurs.

5. Campagne tarifaire 2014

Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE Directrice adjointe du secteur sanitaire reprend la construction de [la campagne tarifaire](#) et les éléments de la note rédigée chaque année par le siège avec l'ensemble des textes publiés à ce jour => les documents publiés au JO, les [notices ATIH](#), les [Slides DGOS de présentation de la campagne](#) réunion du 7 mars, la note FEHAP, le Communiqué de presse, le dossier de l'EPO son impact sur les établissements du réseau FEHAP et les positions et actions de la FEHAP sur ce dossier. Tous ces éléments sont disponibles sur le site internet rubrique financement campagne 2014.

http://fehap.fr/jcms/fehap_113049/note-fehap-portant-sur-la-mise-en-oeuvre-de-la-campagne-tarifaire-2014-des-etablissements-de-sante-mise-a-jour-au-4-avril-2014?portal=ndi_18542.

A titre d'exemple, l'infirmier protestante indique sur rien que sur la cancérologie la question de l'intégration de l'EPO dans les tarifs représente un impact de 100 000 euros en 2014.

Concernant le CICE (réduction d'impôt issue du pacte national pour la croissance, la compétitivité et l'emploi), la mesure appliquée en 2013 sur les tarifs du secteur ex-OQN sera poursuivie en 2014. Elle représente une diminution de 0,49% des tarifs environ, soit 37 millions d'euros. Elle représentait 20 millions en 2013 (1/8 ème de la mesure). Cette année elle représente 2/8 ème soit 37 millions d'euros.

Les compensations effectuées en 2013 pour le secteur privé non lucratif qui bénéficie des tarifs du secteur antérieurement sous OQN seront-elles aussi reconduites, pour ne pas pénaliser les établissements concernés. La FEHAP avait demandé pour 2014 une application différente du dispositif à savoir que les tarifs des PNL financés sur l'échelle privée des tarifs ne soient pas impactés par la baisse tarifaire ce qui évite la gestion de la compensation en AC en fin d'année.

Dégressivité tarifaire : c'est le scénario de la pertinence des soins qui est retenu. Un décret en CE est attendu.

Le Comité OQN est très inquiet sur les conséquences de l'ensemble de ces mesures sur les établissements du secteur PNL.

- ⇒ Restructuration => les établissements PNL OQN FEHAP sont allés jusqu'au bout de cette démarche ;
- ⇒ Baisse des tarifs de l'Hémodialyse, de la Chimiothérapie, de l'IRM, du Scanner. Par ailleurs, dans l'ENC MCO le coût de la réanimation est chiffrée à 1000 € la journée alors que les tarifs sont à 650 €.

6. HAD circulaire du 4/12/2013 par Samah BEN ABDALLAH (cf. slides)

Volonté de voir développer l'activité d'HAD coté Ministériel => pour les 5 ans à venir, X 2 d'ici 2018 avec 1 taux ciblé de 30 à 35 patients par jour pour un territoire de 100 000 habitants (à l'enveloppe constante que le développement de l'HAD doit se faire (DGOS)).

Taille => DGOS a procédé par retour d'expériences, sondage pour établir ce chiffre de 30 à 35 patients par jours cela ne correspond pas à la taille critique, cela permet d'avoir 1 indicateur de repère.

70 % de l'activité d'HAD est PNL => beaucoup de prescriptions hospitalières.

Obligation de moyens pour les prescriptions d'HAD => c'est un indicateur à suivre.

- Le sujet HAD doit être inscrit dans les objectifs de l'établissement (CPOM) ;
- Aide à l'orientation de l'HAD => une vraie question ;
- Idée de développer les coopérations entre les établissements FEHAP PNL ;
- Travailler sur l'aspect communication. Des réflexions doivent être menées pour « mettre en musique » les partenariats. Etablissement de court séjour et HAD... dialyse et HAD...
- Les ARS sont les pilotes et l'animateur du territoire sur l'HAD. L'ARS a aussi des objectifs de développement dans leurs CPOM ;
- Introduction de la circulaire => une HAD autorisée couvre l'intégralité du territoire. On ne peut pas demander à la fois aux HAD de se développer et d'organiser la concurrence ;
- Une HAD = un territoire autorisé c'est aussi donner les moyens aux HAD de répondre aux exigences ;
- Outil cartographique HAD et Plaquette d'information en réflexion => en réflexion au niveau du siège.

7. **Dr Gilles EBRECHT chargé de mission DGOS bureau FP 1, FIDES, Facturation dématérialisation, performance.**

Dématérialisation totale : volonté de Bruxelles 1^{ère} tranche 2017 => les factures arrivent et sortent de manière dématérialisées - logique workflow - espace performance.

Le Sujet ancien mais le Comité OQN souligne qu'une fois par semaine une camionnette de papiers part à la CPAM (expérience de Tzanck) ce qui est dramatique c'est que personne ne se sert de ce papier.

Le seul blocage identifié dans ce dossier est la responsabilité individuelle des praticiens libéraux. En cas de contrôle CPAM : le seul élément d'engagement c'est la signature du praticien.

La DGOS précise que la question essentielle devient donc : comment dématérialiser la question de la signature du médecin ?

L'envoi vaut engagement commun de tous, il faut trouver un texte permettant de loger cette contrainte, une solution pragmatique et simple permettant de gérer les exceptions.

Proposition comité OQN :

1^{ère} démarche : envoi de la bande dématérialisée et l'établissement devra fournir la preuve uniquement en cas de contrôle => cela oblige l'établissement à recueillir les signatures des médecins libéraux.

2^{ème} démarche : la prescription médicale génère le déclenchement de l'acte B de laboratoire => à ce niveau il y a au moins 3 archivages disponibles (Etablissement, labo, CPAM)

⇒ Proposition du Comité OQN => avancé dans un premier temps sur la biologie (80 % du sujet)

Comment en garantie on sait que les responsabilités sont bien remplies ?

⇒ La DGOS est preneuse de solutions simples pour garantir la responsabilité qui enfin pourra être engagé si l'établissement ne retourne pas la signature pour une raison ou un autre.

Par ailleurs il est indiqué que le TA (décision constante) affirme que seul l'établissement est responsable des indus malgré la signature des médecins..

L'établissement doit garantir que les signatures électroniques sont bien conformes.

- ⇒ Si la CPS est utilisé => la DGOS indique que le dossier est susceptible d'avancées ;
- ⇒ Vérifier avec le DIM que l'acte peut être modifié jusqu'à la sortie du patient, le médecin avec sa carte ou l'établissement s'il a la délégation avec utilisation CPS par l'établissement ;
- ⇒ La question de fond est celle de la signature du médecin et celle de la délégation de signature ;
- ⇒ **Le Comité OQN va réaliser auprès des structures MCO OQN un état des lieux des pratiques.**

Logique ROC=> flux dématérialisé avec les mutuelles avec FIDES => modification des relations et des organisations avec le projet ROC. Tiers payant généralisé.

Le Comité ONQ demande à associer l'équipe de la FHP MCO sur ce sujet. Un contact avec Thierry Bechu sera pris.

Questions diverses :

- Le rapport d'activité OQN 2013 sera transmis au prochain Comité de juillet.
- **Sujet 2014 majeur** => la chirurgie ambulatoire qui va avoir un impact sur les pratiques et organisations des établissements.
- **ODJ de juillet 2014** : inscrire le sujet de la chirurgie ambulatoire : Comment comprendre le nouveau modèle économique et organisationnelle en chirurgie ambulatoire. Le Comité OQN souhaite disposer des simulations d'impact des nouveaux tarifs notamment pour la chirurgie ambulatoire pour leurs établissements.
- Les prochaines dates de comité OQN sont les suivantes : **Lundi 7 juillet de 10h à 16h** et le **19 septembre 2014 de 10h à 16h**.