

Le 15/07/2014

<p>Origine : Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE</p>	<p>Présents : Patrick GAILLET, Cybille BUZZY, Guy FAYOLLE, Philippe REMER, Thierry SALADIN, Daniel SPECKEL, Richard DANIEL.</p> <p>Excusés : Diego CALABRO, Jean-Luc DALMAS, Corinne DARRE, André GUINET, Guillaume LOHR, Denis PABST.</p>
<p>Suivi par : Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE, Patrick GAILLET, David CAUSSE.</p>	<p>Copie à : Equipe sanitaire, Sylvie AMZALEG, Céline MOREAU.</p>
<p>Comité OQN du 7 juillet 2014 09 heures 30 – 15 heures 00</p>	

Le compte-rendu du Comité OQN du 21 mars 2014 est approuvé.

- **Actualités de la Direction des Relations du Travail**

Toute l'actualité est disponible sur le site internet rubrique Relations du Travail.

- **Actualité budgétaires et tarifaires**

- [Dossier EPO Campagne 2014](#)

EPO compensation sur les tarifs D15 et D16 suite à la publication de l'arrêté tarifaire de février 2014 :

la FEHAP a engagé à titre conservatoire un recours en annulation sur l'arrêté tarifaire 2014 qui concerne les tarifs D15 et D16 (Dialyse Péritonéale), lié à une erreur d'intégration dans les tarifs des dépenses d'EPO.

L'enquête menée sur le sujet auprès des adhérents concernés montre qu'il y a des variations de consommation d'EPO (une variabilité technique des indications et des posologies considérables) et de ce fait la méthode en vigueur portant sur l'intégration des médicaments et Dispositif médicaux ne peut s'appliquer pour l'EPO.

Par ailleurs, le montant de l'intégration a été sous-dimensionné par la DGOS.

Depuis plusieurs mois la FEHAP était en discussion avec le cabinet de la Ministre et les services de la DGOS afin qu'une correction tarifaire sous forme de compensation AC au titre de l'année 2014 intervienne, avant que la FEHAP et les adhérents concernés n'aient à confirmer le recours en annulation puis en réparation devant le Conseil d'Etat. Une lettre d'engagement avec les montants par structure concernée a été signée le 4 juin 2014. Au terme des échanges FEHAP/DGOS : une compensation, exceptionnelle et valable uniquement pour l'année 2014 sera allouée aux structures (D15 et D16) via les ARS concernées.

Cette compensation sera mise en œuvre selon la méthodologie suivante : Calcul du différentiel entre les tarifs D15 et D16 publiés au JO du 28 février 2014 et les tarifs théoriques qui auraient été fixés en intégrant les montants générés par la consommation observée pour ces deux prestations en ville en 2013 (valorisée au tarif CEPS d'octobre 2013).

Ces tarifs théoriques sont respectivement pour le forfait D15 : 710,60 euros (différentiel de 9, 54) et le D16 : 553,07 euros (différentiel de 7,19).

Détermination du montant de la compensation par établissement :

(Ecart entre tarif publié et théorique) * nombre de séances D15 et D16 effectuée par établissement en 2014 (source PMSI).

La compensation prendra la forme de crédits d'aide à la contractualisation (AC) et sera allouée selon la périodicité suivante :

Sur la base des données disponibles à M7 ou M8 : versement en 2nde circulaire budgétaire (soit fin octobre/début novembre)

Sur la base des données disponibles à M 12 : versement en 1^{ère} circulaire 2015

Reliquat janvier/février 2015 : versement en 2nde circulaire 2015.

Ces mesures compensatoires ne préjugent pas de la solution qui sera définie pour l'année 2015.

[La lettre d'engagement du DG - DGOS](#) reprenant ces dispositions vient d'être adressée par mail et voie postale au réseau.

Par ailleurs il est important de signaler aux structures concernées deux points :

La nécessité d'avoir un PMSI de qualité,

La nécessité de se mettre très urgemment en conformité (PUI) pour la délivrance de l'EPO néphrologique.

Enfin, le Comité OQN est informé que le Conseil d'Administration de la FEHAP du 1er juillet a pris la décision de retirer son recours contre l'arrêté tarifaire de février dernier.

- [Dégressivité tarifaire](#)

La FEHAP s'est positionnée début janvier cf. [avis joint](#). Le décret attendu n'est toujours pas publié.

- [CICE compensation pour les établissements PNL](#)

Le secteur PNL recevra une compensation au titre du CICE en 2014, le mécanisme de l'année dernière est donc reconduit.

Une précision de lecture sur les éléments chiffrés du CICE inscrit dans la première circulaire :

On note un décalage de chiffres entre la circulaire FMESPP pour la compensation du CICE des OQN non lucratifs (18.000 euros) d'une part, et l'annexe X de la circulaire qui fait état de 200.000 euros, d'autre part. Dans les deux cas, ce chiffre est présenté comme un complément 2014 sur le socle 2013. La DGOS a financé l'écart entre l'impact CICE évalué sur les données 2013 et l'impact CICE évalué sur les données 2012 qui a déjà été délégué dans la 3^{ème} circulaire 2013. Seuls les écarts négatifs ont ainsi été compensés. Les éventuels « trop perçus » n'ont pas été récupérés. Le montant est proratisé sur 10 mois (mars à décembre) et seuls les établissements dont le montant est supérieur ou égal à 50€ ont été conservés dans la liste.

Par ailleurs, l'arrêté OQN 2014 (tarifs SSR et santé mentale) a bien prévu deux taux distincts entre EBL et EBNL.

- [Consultation externes des médecins salariés. \(support de réunion CNMATS/Fédération à diffuser aux éditeurs et développeurs en interne\)](#).

Une Lettre réseau Assurance maladie est attendue prochainement (avant fin juillet) permettant la mise en œuvre effective de la disposition de la LFSS pour 2014 permettant aux médecins salariés des établissements de santé de facturer des consultations externes. Dans l'attente de l'opérationnalité du dispositif la CNAMTS demande aux établissements concernés (MCO, SSR HAD, Dialyse et santé mentale OQN et ex OQN) de bien vouloir retenir leur facturation (a priori jusqu'en mi-juillet 2014). Une réunion avec les SSII (éditeurs) des établissements concernés a lieu le 24 juin AM afin d'examiner avec les éditeurs les modalités techniques de mises en œuvre de cette disposition dont l'opérationnalité est attendue pour mi-juillet prochain. Le dispositif testé par les services de

l'assurance ne présente pas de difficultés particulières, des contrôles CNAMTS sont à prévoir sur ce dossier (sur les pratiques de facturation).

La CNAMTS adressera aux Fédérations FHP MCO et FEHAP la lettre réseau qui sera envoyée au réseau Assurance maladie.

Il est rappelé que dans ce dossier il est important de bien respecté les règles du parcours de soins coordonné.

- [IFAQ](#)

[La DGOS élargi l'échantillon d'expérimentateurs,](#)

Montée en charge: cible de 500 établissements sur la période 2014-2015

Généralisation possible pour le champ MCO pour la période 2015-2016

A signaler que les indicateurs concernés portent sur le dossier patient, la RCP, ICALIN la douleur, AVC, l'infarctus du myocarde, IRC et les hémorragies du post partum.

L'appel à candidatures a été relayé par la FEHAP, le délai de réponse a été prolongé jusqu'à mi-juillet.

- [Tarif Journalier de Prestations](#)

Le Comité OQN souhaite avoir des éléments sur le dossier TJP. Ci-dessous la problématique actuelle du dossier est réprécisée.

Pour mémoire, nous avons évoqué avec vous cette question du Tarif Journalier de Prestations lors des débats parlementaires en préparation de la LFSS pour 2013 et la FEHAP avait porté un amendement spécifique, car la ligne directrice du Ministère à l'époque était celle d'un alignement sur le secteur OQN, d'un ticket modérateur calculé en pourcentage du GHS, ce qui présenterait des effets contre-productifs réels (confer infra). L'objectif de cet amendement (atteint) était de mettre en lumière ces aspects contre-productifs et aussi reporter l'échéance du 31 décembre 2012 et d'éclairer le Parlement par un rapport objectivant ce sujet, avec une réévaluation des différences de traitement entre patients du fait des règles d'exonération en vigueur, différences souvent historiques et dont la raison d'être mérite une réévaluation.

En effet, l'hypothèse d'assise de la participation des patients sur le tarif du GHS dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs pose trois problématiques :

- Elle induit une « solidarité inversée », paradoxale, au rebours des principes de la solidarité nationale. En effet, les situations médicales les plus critiques, avec les tarifs de GHS les plus élevés, conduisent aux participations les plus lourdes pour les patients (ou leurs mutuelles, mais du coup ensuite sur les cotisations) ;
 - Une mise en application dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs d'une participation assise sur le montant du GHS se traduirait par une baisse insoutenable de leurs recettes, chiffrée à 981 millions d'euros par le rapport d'information du Sénat sur la tarification à l'activité, paru en Juillet 2012 (MECSS) ;
 - La mise en application d'un tel dispositif est indissociable du processus de facturation individuelle des établissements de santé (projet FIDES), dont le niveau de maturité insuffisant pour la partie séjours.
- En premier lieu, la LFSS pour 2013 a donc comporté un article spécifique sur cette question du TJP Et enfin, cet article comporte une troisième disposition (Article 63 Reports des Réformes : FIDES, T2A hôpitaux locaux et TJP): **les établissements publics et ESPIC pourront continuer à calculer la participation financière des assurés aux frais de soins sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des Groupes homogènes de séjours (GHS)**. En effet, le II de l'article 33 de la Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 comportait l'échéance du 31 décembre 2012 pour transformer les bases actuelles de la participation des usagers

dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs, au titre du « ticket modérateur ».

L'assiette actuelle maintenue est forfaitaire par grandes disciplines tarifaires, et ne repose pas sur un pourcentage du tarif du GHS (Groupe Homogène de Séjour), comme pour les établissements visés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions prévues à l'article 63 2°) permettent de reporter l'échéance au 31 décembre 2015 et d'éclairer le Parlement par un rapport objectivant ce sujet, avec une réévaluation des différences de traitement entre patients du fait des exonérations en vigueur, différences souvent historiques et dont la raison d'être mérite une réévaluation.

L'effet financier de cette modification aura été très défavorable aux établissements : d'après l'étude d'impact la perte financière liée à une modification du calcul de la participation des assurés se situerait pour les établissements concernés entre 500 millions d'euros et 1 milliard d'euros.

- En second lieu, la circulaire budgétaire et tarifaire des établissements de santé du 31 mars 2014 précise **cette année que les ARS sont invités à enclencher une baisse progressive du Tarif Journalier de Prestations (TJP) => cette baisse est fixée à 5 % du TJP au maximum pour 2014**. La circulaire budgétaire et tarifaire 2014 adresse donc un signal assez clair des pouvoirs publics sur ce dossier.
- Enfin il est intéressant d'avoir à l'esprit les **travaux actuels du HCAAM sur le RAC hospitalier (cf. PJ)**, ce rapport énonce des pistes intéressantes de réforme du TJP pour l'évolution au mieux de ce dossier. Le seul reproche de la FEHAP sur ce rapport du HCAAM est qu'il manque une dimension du sujet : en effet la structuration actuelle des règles d'exonération du TJP est en miroir de l'hospitalisation telle qu'elle était organisée il y a deux décennies : avec un hôpital surtout chirurgical, donc de nombreuses règles d'exonération à ce titre, et fort peu d'exonérations en regard dans le secteur de la médecine, hors ALD. Aujourd'hui et avec la diminution des DMS en chirurgie et en obstétrique, voire le développement de la chirurgie ambulatoire, les règles de participation et d'harmonisation entre différentes catégories de patients mériteraient d'être interrogées.

A noter qu'une enquête de l'Observatoire citoyen des restes à charge rendue publique jeudi pointe des écarts "incompréhensibles" entre les tarifs journaliers de prestation (TJP) pratiqués d'un hôpital à l'autre

- Fiscalité : Taxe ordures ménagères

Toutes les agglomérations et métropoles peuvent imposer une taxe ordures ménagères. Le Comité OQN (Institut Arnaud Tzanck) met à disposition une note sur les principes de la redevance spéciale pour les ordures ménagères, ainsi qu'un modèle de lettre à adresser à la Métropole ou à la Communauté d'agglomération si passage par un contrat privé.

- Présentation des Simulations économiques de l'Observatoire : campagne tarifaire 2014 et chirurgie ambulatoire

[Le support avec les données chiffrées est joint](#). Globalement l'impact de la campagne tarifaire 2014 est estimé en macro à -0,17 mais ce chiffre est bien global et les impacts sont très dépendant des case mix des établissements.

Maquette excel => démarche analytique, vision globale de la structure financière des adhérents. Retour anonymes, via une synthèse.

- Chirurgie robotique : Robotique DA VINCI

[Le support de la société DA VINCI est joint.](#)

Patrick Gaillet, Directeur de l'institut Arnault Tzanck fait part de ses démarches actuellement avec une Entreprise italienne concernant une technologie ayant trait à une pile cardiologique. Ces travaux en cours pourront venir enrichir les travaux de recherche de la FEHAP afin éventuellement de monter une étude mutli-établissements FEHAP.

Il est précisé que la FEHAP a pris contact avec des économistes du CNAM pour proposer dans le cadre des appels à projets pour l'année prochaine un accompagnement méthodologique, la DRCI de l'hôpital FOCH est également un appui précieux.

Slides USA ½ gynéco 90% urologie cancer du colon

Focus sur prostate / pas d'actes techniques CCAM en France dédié

Le robot à changer la façon de traiter le cancer prostate.

34 000 patients sont actuellement en France « dès la nature » c'est une vraie question en termes de santé publique : spécifiques / risques /suivi des patients post interventions.....

Questions

- chirurgiens et dépassements d'honoraires pour financer le cout d'acquisition du robot... un vrai sujet.
- 25 juillet 2014 : dépôt HAS-UNCAM pour DA VINCI => Accepté ou refusé
- 2 STIC qui permettent d'évaluer l'innovation => Hen Mondor Propenlap et Lyon RobotCap surcout 1800 € avec le robot à 1 an plus de différence significative à 2 ans.
- Robot DA VINCI : une nouvelle façon de faire de la chirurgie, une approche globale à avoir pour l'établissement et pour les patients. La démarche d'achat doit être vue comme un appui à la réorganisation interne pour un établissement et un appui au recrutement médical.
- Il est signalé que le robot apporte des avantages pour de la chirurgie du thorax et gynécologique avec des GHS élevés, avec une activité pluridisciplinaires impact réduction DMS à regarder avec les équipes...

En conclusion des discussions avec le fournisseur on note :

- Un volume d'activité avec les résultats en constante augmentation.
- Le protocole est très dépend des chirurgiens : la pratique opératoire, la durée et le choix des instruments restent présents.
- Les autorités de santé n'ont pas encore pris leur responsabilité alors que les résultats cliniques sont de plus en plus encourageants pour les établissements de santé.
- Il s'agit d'une opportunité de mobiliser les équipes et de travailler différemment.
- Pas d'études solides médico économique : (elles existent mais elles ont toutes des failles) 1^{er} résultat fin d'année 2014 (hôpital Henri Mondor) et le travail avec les établissements du Comité OQN et quelques établissements ex DG MCO trouve tout son intérêt.
- enquête ANSM 2013 EIG (Evènements Indésirables Graves) majoritairement liés à des questions de formations des chirurgiens.
- 1.2 à 1.5 millions d'euros couts d'investissements du robot à ce jour
- 4^{ème} génération de robot en – de 15 ans.
- Politique d'achat : depuis 2008 le prix est fixé quel que soit le pays, il n'a pas augmenté. Pour la chirurgie robotique le fournisseur indique que 15 à 20 nouveaux robots chaque année depuis 3 ou 4 ans sont installés. Le projet médical et d'établissement et l'achat du robot doivent s'inscrire dans cette même logique de restructuration.
- Le fournisseur DA Vinci indique que la société organise chaque année 2 fois par an (une fois par an sur Paris) un congrès. Il communiquera au comité OQN la date de la prochaine réunion.
- DA VINCI communique le dossier clinique de l'AFU à la FEHAP et au Comité OQN cette demande ne devrait pas poser de problème selon le fournisseur.

- Objectif des travaux de la Fédération et du Comité OQN est bien de venir compléter l'étude de l'AFN en appuyant le volet médico-économique.....cf. supra.
- Mutualisation du robot / il est essentiel selon le Comité de réfléchir à l'aspect mutualisation et partage du robot par les équipes.
- Réunion Ministérielle sur la simplification ([diaporama du 7 juillet joint](#))

Ces travaux s'inscrivent dans une vague de simplification administrative beaucoup plus large que le champ de la santé.

La DGOS est prête à avancer sur des normes de moyen classiques, normes de processus. La FEHAP a envoyé une note de propositions ([jointe note v2](#)). La mise en concertation des textes pourraient intervenir pendant l'été. Concernant le projet de texte sur les générateurs de dialyse celui-ci sera soumis à la concertation fin juillet.

- Actualités Parlementaires

David Causse détaille l'actualité parlementaire qui est extrêmement riche.

- Projet de loi sur l'Economie sociale et solidaire (ESS)
- Projet de loi de finances rectificative pour 2014.
- Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 et pacte de responsabilité
- Projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement
- Projet de loi de santé

[Des notes rédigées par David CAUSSE pour le conseil d'administration du 1 er juillet sont annexées au compte rendu.](#)

Projet de loi sur l'économie sociale et solidaire (ESS) :

A noter notamment : la clarification des procédures dans les cas de redressement ou de reprise judiciaires : avec la formalisation obligatoire des positions des autorités de contrôle et de tarification sur le devenir des autorisations sanitaires, sociales et médico-sociales, en amont des jugements, et la priorité de reprise d'entités de l'ESS par d'autres composantes de l'ESS que les autorités de contrôle et de tarification doivent prendre en compte dans leur avis,

La FEHAP vise la production d'un guide de lecture sur la loi ESS.

- **Exonération de la Taxe transports**

Dans le cadre du projet de loi sur l'économie sociale et solidaire, l'Assemblée nationale et le Sénat avaient adopté une mesure permettant de préserver l'exonération du versement transport dont les associations et fondations bénéficiaient depuis plus de 50 ans, le gouvernement a fait adopter la suppression quasi généralisée de cette exonération dans le projet de loi de finances rectificative. Ainsi, les associations et fondations du secteur sanitaire, social et médico-social vont devoir payer à présent cette taxe. Cela représente plusieurs dizaines de millions d'euros et donc l'équivalent de milliers d'emplois. La FEHAP est très mobilisée sur ce dossier.

Projet de loi de finances rectificative pour 2014 (PLFR 2014) :

L'examen de ce texte a commencé, avec une séance publique à l'Assemblée Nationale qui se termine le 25 juin.

A noter que la FEHAP a diffusé une liasse de propositions d'amendements qui constitue, en PLFR 2014, une anticipation et une préparation utiles de la campagne parlementaire du projet de loi de finances 2015.

Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale rectificative pour 2014 et Pacte de responsabilité (PLFSS R 2014) :

Le PLFSS 2014 a engagé également son parcours parlementaire et la FEHAP a adressé une liasse de propositions et été auditionnée.

Comme le souligne la note le point central de ce PLFSS R porte sur les exonérations de charges sociales issues du pacte de responsabilité. Le privé non lucratif sanitaire, social et médico-social bien bénéficiaire des nouvelles exonérations, chiffrées par l'Observatoire de la FEHAP à 70 millions d'euros, tous champs confondus, sous réserve de dispositions réglementaires potentiellement plus précises.

Projet de loi de santé :

Ce projet de loi est annoncé à l'automne,

Un communiqué FEHAP a permis de saluer les propos tenus par la Ministre concernant la psychiatrie et la santé mentale...

Questions diverses :

PRADO : l'Institut Arnaud Tzanck expérimente actuellement un dispositif de santé qui ne fait appel au secteur libéral (IDE, Kiné), la question se pose donc de l'articulation de ce dispositif avec le dispositif PRADO qui est en expérimentation pour la cardiologie et la maternité. L'IAT expérimenté compte tenu des nouveaux indicateurs à mettre en place dans les CPOM un dispositif d'aide au retour à domicile CARD. Ce service travaille avec les services d'HAD, les SSIAD et le secteur libéral .La question se pose donc...

Sur la cardiologie les établissements ont intérêt à s'associer car on a intérêt à montrer que les suivis sont réalisés de façon coordonnée. En tout état de cause, il est recommandé au comité ONQ de travailler à la définition sur la définition des profils patients et sur ce qui relève de l'hospitalisation de jour, des interventions avec les libéraux, de l'HAD et du plateau technique en SSR.

Avec PRADO, la MSAP, la réglementation applicable aux établissements le Comité OQN souligne le côté « mille-feuille réglementaire », complexe pour les patients et les professionnels de santé. Dans le contexte actuel de simplification du droit il serait bienvenu d'aller plutôt vers une simplification des outils plutôt d'ajouter les uns par rapport aux autres.

- Catherine Réa indique que des **financements des équipes mobiles en rééducation** : dans certaines régions des financements existent, une possibilité pour la FEHAP et les établissements SSR de construire des équipes mobiles (cela donne du vrai sens au SSR volonté DGOS de réduire le nombre de SSR éléments du 1^{er} recours, dans un contexte où les missions SSR sont en danger => SSR plateaux technique humain et matériel nécessite qu'il se déplace. Les financements sont de l'ordre du 250 000 € à 300 Ke sur enveloppe FIR.
- **Journée SSR nationale FEHAP** : elle a lieu le 9 septembre 2014 à Paris, le programme est disponible sur le site de la FEHAP.
- **Réunion du comité OQN** : fixée au **vendredi 17 octobre 2014 au siège de la FEHAP de 10 h à 16 h.**