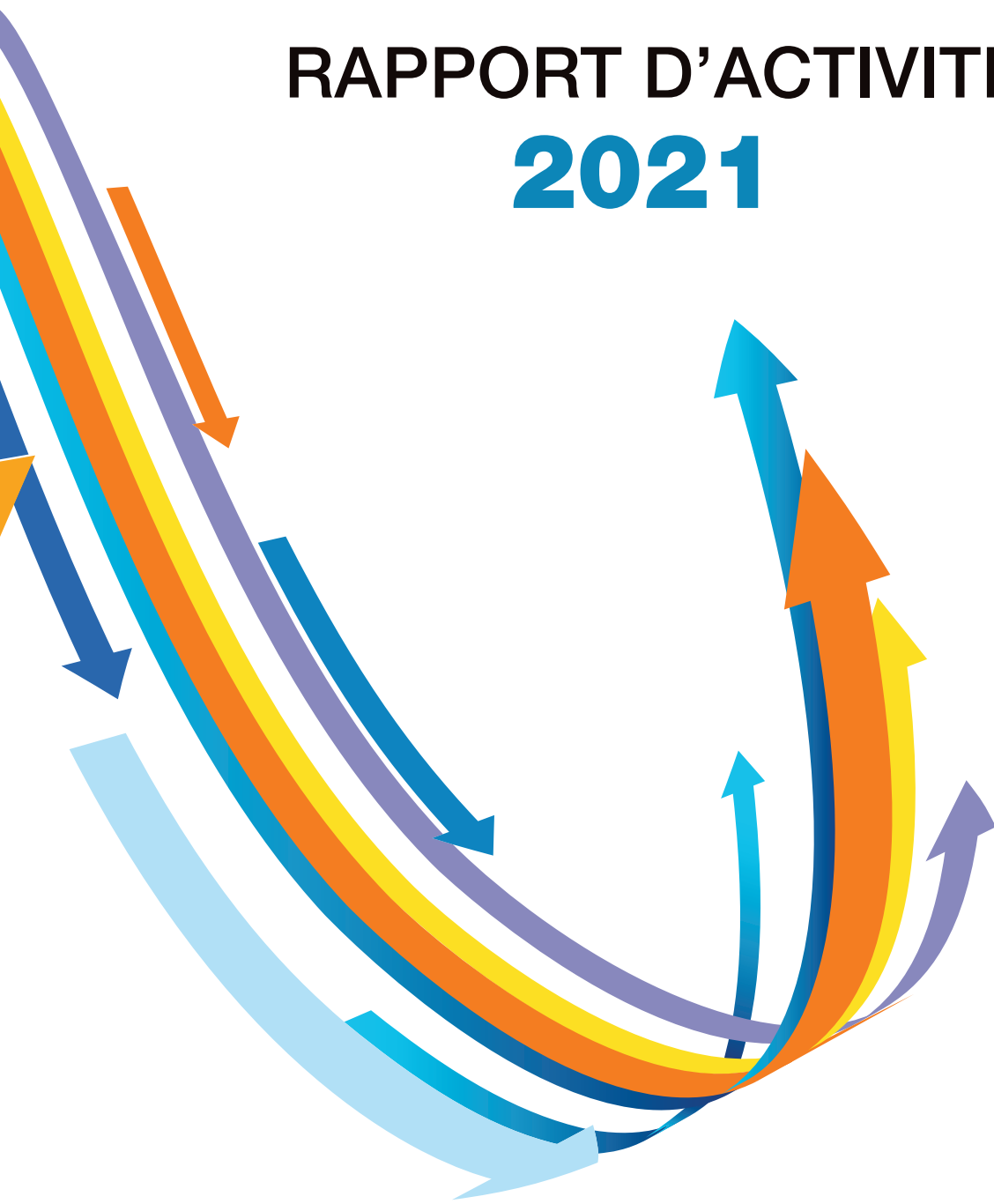


RAPPORT D'ACTIVITÉ 2021



RELANCER

SOMMAIRE

Rapport d'activité 2021



PAGES 04-05

CHIFFRES CLÉS

PAGES 06-07

INSTANCES SYNDICALES

PAGES 08-09

ÉQUIPE

PAGES 10-11

GRANDS DOSSIERS
EN BREF

PAGES 12-21

LES CONDITIONS DE
FINANCEMENT
Les acquis

PAGES 22-25

LES CONDITIONS DE
FINANCEMENT
Les évolutions à venir

PAGES 26-29

LES CONDITIONS DE
FONCTIONNEMENT

PAGES 30-31

GROUPES EXPERTS

PAGES 32-33

MOMENTS FORTS
EN BREF

PAGES 34-35

ZOOM

PAGES 36-37

SYNDICATS ASSOCIÉS

PAGES 38-40

COMMUNICATION

PAGES 41-42

ANTI JARGON



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

ÉDITO



Un triple front

En mars 2021, nous marquons 12 mois d'une lutte continue contre l'épidémie du Covid, puis sont arrivées les troisième, quatrième, et cinquième vagues. 2021 a été une nouvelle année de déprogrammations, reprogrammations, puis de relance de l'activité. Nous ne féliciterons jamais assez toutes les équipes médicales et paramédicales pour leur engagement, leur professionnalisme et leur agilité.

Les managers ont géré simultanément trois fronts : la gestion de l'épidémie, le maintien et la relance de l'activité de soin dans un contexte de démographie médicale et paramédicale délétère, et la préparation de l'avenir.

Les travaux des petits et grands chantiers ont repris et ont nécessité l'expertise des administrateurs que je remercie pour leur engagement, et une grande disponibilité de l'équipe de la FHP-MCO. Au programme : la réforme du droit des autorisations, l'arrivée du concept de dotation populationnelle, la mise en œuvre de la réforme du financement des urgences et la négociation de celui de la médecine, l'accélération du dispositif IFAQ, l'expérimentation du SAS, le projet des 1 000 premiers jours en maternité, l'innovation en chirurgie ou encore le financement en cancérologie avec le dispositif RIHN, la finalisation des forfaits des pathologies chroniques, la mise en place des financements Covid et du Ségur 1, les négociations du Ségur 2, un dernier PLFSS de facture classique avant l'introduction d'un nouveau dispositif pluriannuel, et bien sûr la campagne de vaccination des professionnels de santé.

La crise sanitaire s'est révélée un accélérateur du changement, celui des esprits et des pratiques. D'autres retex ont été produits, espérons qu'ils ne seront pas vains.

La vie syndicale requiert conviction et persévérance à l'image de la dématérialisation du bordereau de facturation S3404 actée en 2021, après 7 longues années de lancement du projet.

En 2021, l'hospitalisation privée a gagné des lettres de noblesse qu'elle doit désormais défendre avec pugnacité.

Bonne lecture du rapport d'activité 2021 !

Frédérique GAMA
Présidente de la FHP-MCO

CHIFFRES CLÉS

de l'hospitalisation privée MCO



590 établissements
MCO

24,8% de parts de marché
de l'offre MCO

6,8 millions de séjours

123 services d'urgences

3 millions de patients
accueillis dans les services d'urgences

25% des patients CMU, CMUC, AME

58 500 lits et places

33 363 médecins exercent
dans les cliniques MCO

79 275 infirmier(e)s, sages-femmes,
aides-soignant(e)s, administratifs, hôteliers

CANCÉROLOGIE

26,6% des séances
de chimiothérapie

38,3% de la chirurgie carcinologique
soumise à seuil avant la
réforme des autorisations

39,6% de la chirurgie des cancers
du sein

35,9% de la chirurgie des cancers
digestifs

52,8% de la chirurgie des cancers
urologiques

32,1% de la chirurgie des cancers
thoraciques

30,4% de la chirurgie des cancers
gynécologiques

27,3% de la chirurgie des cancers
ORL et maxillo-faciaux

Sources : PMSI et SAE 2019, DATA FHP-MCO n°5 « Réanimation, état des lieux et tendances » 2021

CHIRURGIE

3,7 millions

de séjours en chirurgie

54,4 % des séjours chirurgicaux

38 % de la chirurgie lourde

64,2 % de la chirurgie ambulatoire

Presque 19 points séparent les deux secteurs public et privé en ce qui concerne la pratique de l'ambulatoire



MÉDECINE

2,8 millions

de séjours en médecine



OBSTÉTRIQUE

19,1 % des prises en charge des grossesses et de l'accouchement

RÉANIMATION

54 autorisations d'unité

10,9 % des lits

12 % des séjours

L'âge moyen des patients est de

68 ans dans les établissements de santé privés



INSUFFISANCE RÉNALE

2,6 millions

de séances d'hémodialyse

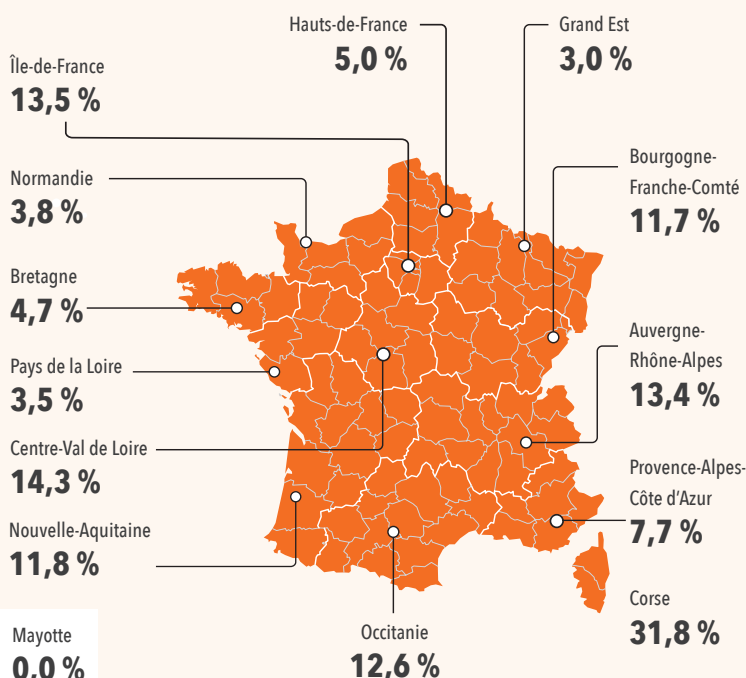
36,9 % de parts de marché

COVID-19

Sur les **573 200** séjours Covid en France en 2021, les établissements privés en ont pris en charge **50 896** soit **8,9 %**

Par région, prise en charge des séjours Covid dans les établissements de santé privés

Guadeloupe	Guyane	La Réunion	Martinique	Mayotte
2,8 %	0,7 %	1,4 %	4,2 %	0,0 %



Sources : 9 premiers mois du PMSI 2021

INSTANCES SYNDICALES

Des adhérents élus pour défendre la profession



Ils sont 12, directrices et directeurs d'établissements de santé privés MCO et constituent le bureau du syndicat. Élus pour trois ans, 2020-2023, ils se réunissent régulièrement pour débattre et soumettre des projets au conseil d'administration.

BUREAU



Frédérique GAMA
Présidente FHP-MCO



Pascal DELUBAC
Vice-président FHP-MCO



Marie-France GAUCHER
Secrétaire générale
FHP-MCO



Nicolas BIOULOU
Trésorier FHP-MCO



Ségolène BENHAMOU



Alexandre BREIL



Dr Dominique POELS



Laurent RAMON



Paolo SILVANO



Stéphane TULIPANI



Dr Denis FRANCK
Président
AFC-UNHPC



Vincent LACOMBE
Président
FHP-REIN

Conseil d'administration

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

Atika ALAMI
Dr Pierre ALEMANN
Philippe AUVRAY
Dr Christophe BAILLET
Isabelle BIELLI-NADEAU
Nicolas BOBET
Dominique BOULANGÉ
Dr Emmanuel BRIQUET
Éric CALDERON
Alain CARRIÉ
Nicolas CHAMP
Delphine CHASTAN-GUIGOU
Julien COULOMB
Dr Ange CUCCHI
Nicolas DAUDÉ
Stéphan de BUTLER d'ORMOND
Pierre de VILLETTE
Olivier DECOSTER
Didier DELAVAUD
Dr Mathias DELEFLIE
Fabrice DERBIAS
Isabelle DUMONT DA SILVA
Dr Arié ELKOUBY
Danyel GEORGE
Pierre-Yves EMMANUELLI
Valérie FAKHOURY
Hervé GOURGOUILLON
François GUTH
Yiladiray KUCUKOGLU
Stéphanie LERES-SABLON
Isabelle L'HÔPITAL-ROSE
Stéphane LIEVAIN
Dr Stéphane LOCRET
Éric LOUCHE
Dr Anne MALLET

Pierre MALTERRE
Kami MAHMOUDI
Dr Nabil MANSOUR
Mathias MARTIN
Bruno MASSON
Bertrand MIGNOT
Anthony MONNIER
Sébastien MOUNIER
Jean-Claude PITAT
Dr François RAHMANI
Dr Guillaume RICHALET
Olivier TEISSEDE
Xavier VAILLANT
Nicolas VALENTIN
Patrick WISNIEWSKI

.....
Lamine GHARBI,
président de la FHP

Christine SCHIBLER,
déléguée générale de
la FHP

REMERCIEMENTS

Tous nos remerciements
pour leur engagement
syndical à :

- ▶ **Jacqueline HUBERT**
- ▶ **Jean-Luc RAFLÉ**
- ▶ **Claire RAVIER**
membre du bureau
- ▶ **Olivier VERRIEZ**



ILS SONT INTERVENUS DANS NOS INSTANCES

Philippe AUZIMOUR,
Cabinet Branchet

Nesrine BENYAHIA, Dr Data SAS

Frédéric BIZARD, économiste

Dr Aurélien BOUCHET, EY
Consulting

Sylvie CHARLET, Cabinet Branchet

Dr Philippe CUQ, UCDF

Patrick DEHAIL, Lisa Santé
Autonomie

Dr Arnaud FOUCHARD, EY
Consulting

Didier GAGNON, Caelis

Dr Paul GARASSUS, UEHP

Lamine GHARBI, FHP

Florence GIRARD, Lisa Santé
Autonomie

Françoise JEANSON, Lisa Santé
Autonomie

Stéphane LE BOULER, Lisa Santé
Autonomie

Béatrice NOËLLEC, FHP

Hervé PALFRAY, Sodexo

Christine SCHIBLER, FHP

Fabienne SEGUENOT, FHP



ÉQUIPE

Un service adhérent de qualité, nous sommes efficaces

Voilà 13 ans que les collaborateurs de l'équipe FHP-MCO sont au service de la profession des cliniques et hôpitaux privés qui agissent sur mandat des instances représentatives du syndicat et en particulier de la présidence et des membres du bureau. Au-delà de leurs compétences économiques, juridiques et médicales, ils assument, sous la direction de Thierry Béchu, délégué général, trois missions principales : assurer un service à l'adhérent, animer le réseau des établissements de santé via notamment des groupes experts, et, représenter la profession auprès des tutelles. L'équipe a répondu à plus de 700 sollicitations des adhérents et participé à une centaine de 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, télémédecine, 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 / cancérologie, 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
- ◆ Forfaits pathologies chroniques



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.)
- ◆ 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 GEORIN
Délégué aux études statistiques
et financières

thibault.georin.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), dotation populationnelle urgences, etc.
- ◆ Travaux ENC
- ◆ 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

- ◆ Gestion du fonctionnement interne (contrats, comptabilité, etc.)
- ◆ Gestion des rendez-vous de la présidence et de la délégation générale
- ◆ 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.)
- ◆ Organisation des réunions ◆ Gestion de la base adhérents

MERCI

Nous souhaitons remercier Fatiha ATOUF, déléguée aux affaires juridiques et fiscales à la FHP-MCO depuis 10 ans, qui a rejoint l'Ordre national des infirmiers pour de nouvelles responsabilités. Nous lui souhaitons une excellente réussite dans ses nouvelles fonctions !

GRANDS DOSSIERS

en bref

IFAQ, un dispositif allégé en 2021

Pour tenir compte des effets de la crise sanitaire, le dispositif IFAQ a dû être adapté, mais n'a pas été gelé, contrairement à 2020. L'année 2021 a vu une évolution de l'enveloppe et une réactivation du dispositif, répondant ainsi à une demande forte portée par le secteur, malgré le souhait d'un nouveau gel des autres fédérations.

Une campagne tarifaire atypique

Cette campagne est inhabituelle par l'augmentation des tarifs de 6,4 % en raison de l'intégration des mesures Ségur, parce qu'elle déroge à la politique tarifaire issue des coûts, et par sa grande complexité (nouveau coefficient d'impact des mesures Ségur, enveloppe AC 10 % Ségur, dotation populationnelle des urgences...).



Financement des urgences

Le nouveau financement s'appuie sur trois compartiments : la dotation populationnelle et la dotation qualité mises en œuvre dès le 1^{er} janvier 2021, et le financement à l'activité déployé à partir du 1^{er} septembre 2021.

Réforme des autorisations

Entre volonté d'aboutir de la part du ministère, les gestions des 5 vagues du Covid, et les demandes déraisonnables de certains professionnels de santé en matière normative dans un environnement de pénurie de RH (notamment pour les soins critiques), la réforme des autorisations des activités de soins peine à être finalisée. Seules certitudes, seuls les textes relatifs à la cardiologie interventionnelle, la neuroradiologie interventionnelle, les urgences, la médecine nucléaire et l'HAD ont été finalisés tant lors du passage en Conseil d'État qu'en Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (Cnoss). Au moment de la rédaction de ce rapport d'activité, la publication de certains d'entre eux est toujours attendue.

S3404 se dématérialise

Sept années auront été nécessaires pour dématérialiser ce bordereau et l'alléger de ses pièces justificatives. Le bilan positif des dernières phases pilotes a motivé la Cnam à donner officiellement son feu vert pour généraliser le SCOR-CP (scannérisation des ordonnances des cliniques privées) auprès des cliniques équipées par l'une des solutions logicielles certifiées par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA).



Ibode : un recours face à l'incurie de l'État

Les FHP et FHP-MCO ont déposé en juillet 2021 un mémoire demandant l'annulation du décret n°2021-97 en tant qu'il ne prévoit pas les conditions nécessaires au bon fonctionnement des services chirurgicaux en France, jusqu'au 31 décembre 2025. Le Conseil d'État a rendu sa décision le 30 décembre 2021 : il fait droit à notre demande et annule partiellement le décret du 29 janvier 2021. Il demande par ailleurs au Premier ministre d'adopter, dans un délai de 4 mois de nouvelles dispositions transitoires.

Covid : mesures exceptionnelles de financement

Depuis le début de la crise sanitaire, la FHP-MCO s'est mobilisée avec la FHP pour obtenir des mesures exceptionnelles de financement : un financement des régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaires, une dotation pour compenser les surcoûts Covid et un financement pour apprécier et valoriser les effets rebond potentiels post crise.

Facturation de l'HDJ : un rescrit opposable

L'instruction « gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé », précise les conditions de facturation à l'Assurance maladie, de l'ensemble des prises en charge ambulatoires. Un dispositif de rescrit tarifaire est désormais opposable.

Quelle évolution du financement des maternités ?

Le groupe expert Naissance envisage des pistes de travail sur la réforme du financement des maternités. Le modèle est à construire, notamment autour du financement au parcours prenant en compte le projet des 1000 premiers jours et la place des médecins et des sages-femmes.

Réforme de l'accès dérogatoire aux médicaments

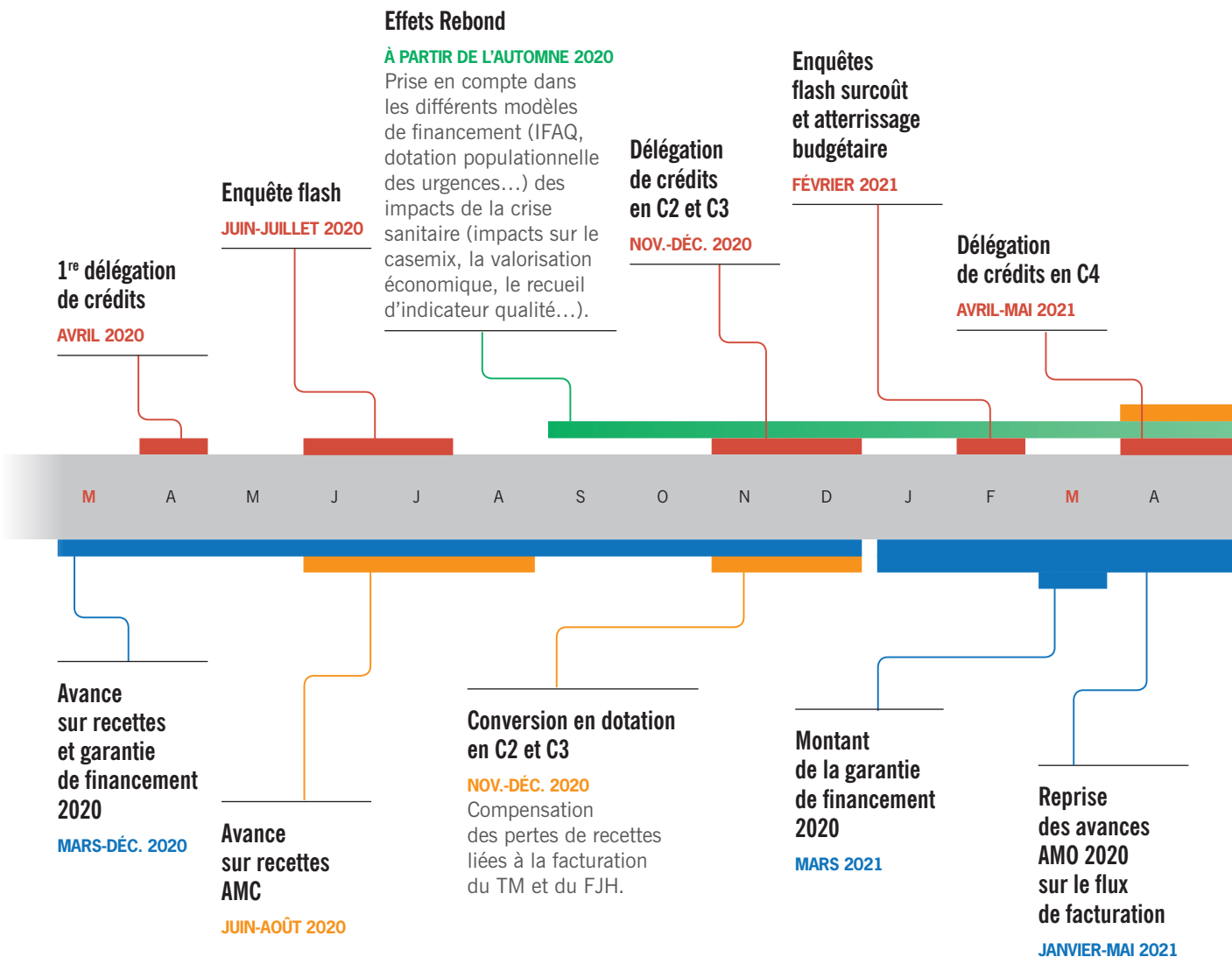
À partir du 1^{er} juillet 2021, les deux régimes que sont l'autorisation d'accès précoce (AAP) et l'autorisation d'accès compassionnel (AAC) viennent remplacer les six existants.

CONDITIONS DE FINANCEMENT

Les acquis

CRISE DE LA COVID-19

Des mesures exceptionnelles de financement



Quatre vecteurs de financement

VECTEUR 1

Financement des régimes d'Assurance maladie obligatoires (AMO)

VECTEUR 2

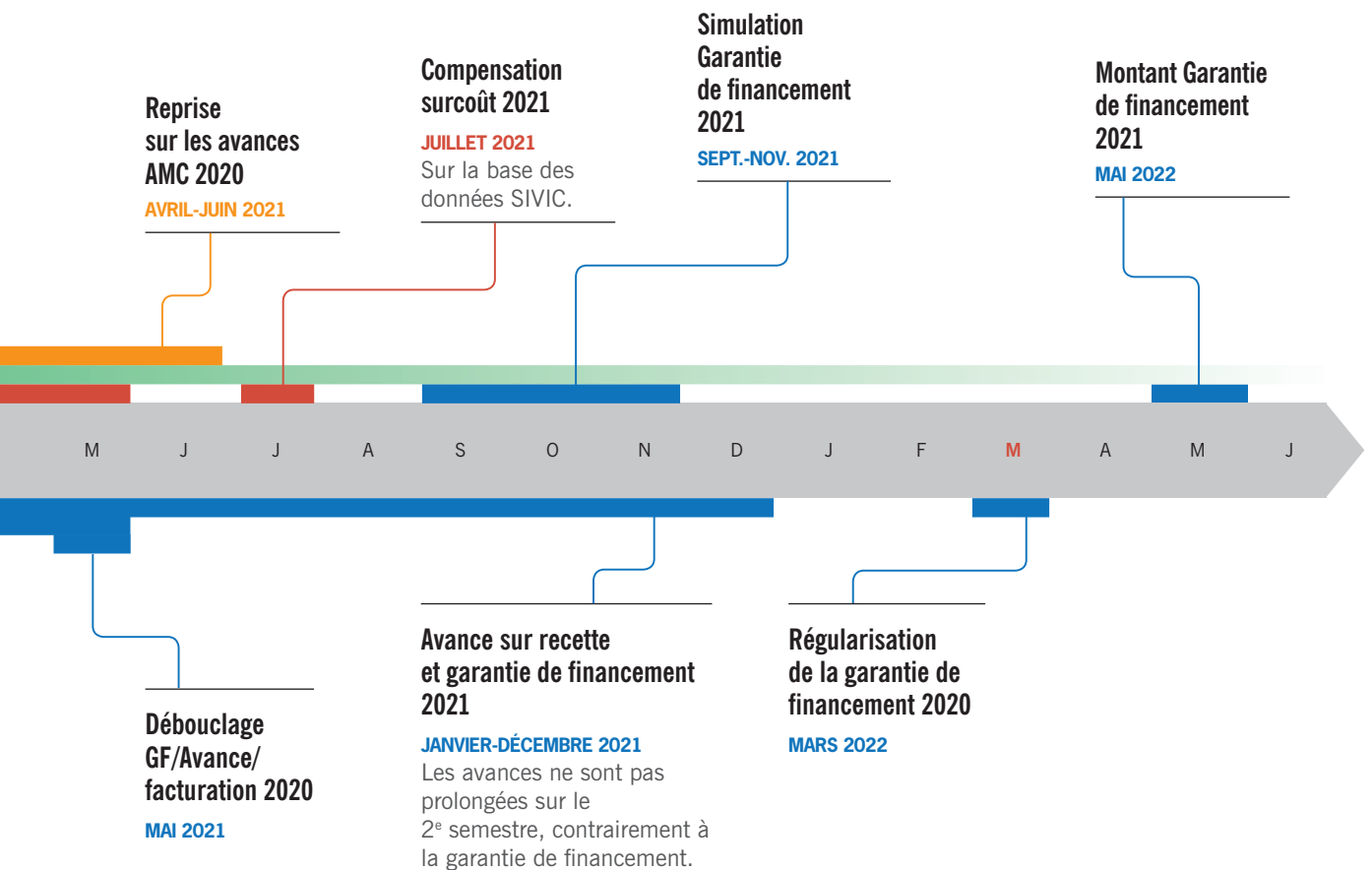
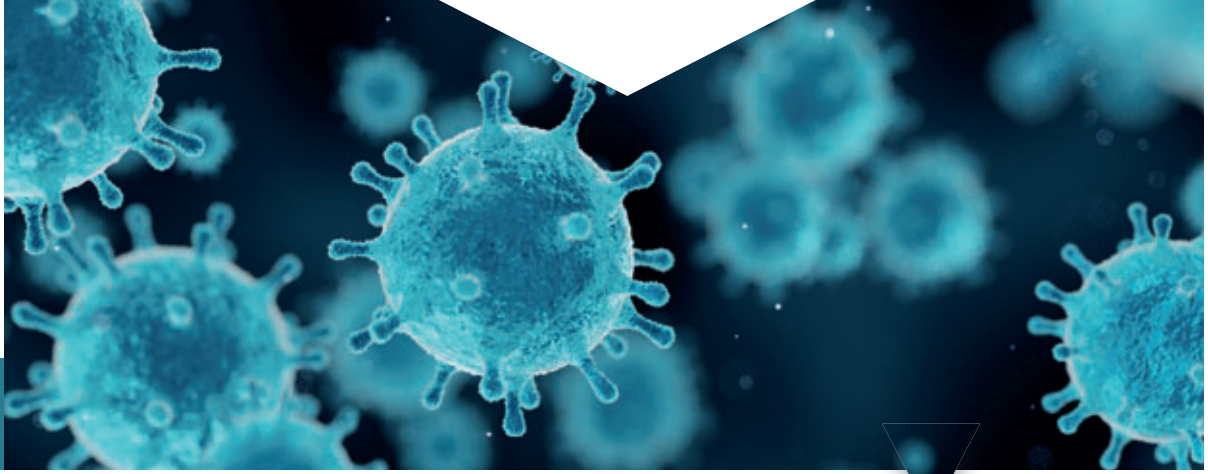
Dotation pour compenser les surcoûts Covid et assurer la pérennité des établissements de santé

VECTEUR 3

Financement des régimes d'Assurance maladie complémentaires (AMC)

VECTEUR 4

Apprécier et valoriser les effets rebond potentiels post crise



Depuis le début de la crise sanitaire, la FHP-MCO se mobilise auprès de la FHP pour des demandes couvrant quatre vecteurs de financement.

En 2020, différents mécanismes d'accompagnement financier pour soutenir les établissements de santé, publics et privés, face à la crise sanitaire ont été mis en place : avances et garantie de financement AMO, recettes AMC, surcoûts Covid et compensation de la marge brute.

La crise sanitaire perdurant, les avances de trésorerie AMO se sont poursuivies en 2021 mais avec des modalités d'application différentes. Une nouvelle garantie de financement a été mise en place pour le 1^{er} semestre 2021, elle couvrira finalement toute l'année. Les surcoûts sont pris en charge sur la base de l'outil SI-VIC. Les demandes de la fédération portent sur l'ensemble des mécanismes de financement : garantie de financement, surcoûts et assurance maladie complémentaire.



Campagne tarifaire 2021 : + 6,4 %

La campagne 2021 s'inscrit dans le respect des engagements du protocole de pluriannualité, des mesures issues du Ségur de la santé, notamment liées aux revalorisations salariales au bénéfice des personnels médicaux et non médicaux des établissements de santé publics et privés, et enfin de la poursuite du mécanisme de garantie de financement en raison de la crise sanitaire et de ses effets sur les établissements de santé.

Cette année atypique est marquée par une augmentation des tarifs de 6,4 % (en raison de l'intégration des mesures Ségur), par une absence de modulation tarifaire, dérogeant à la politique tarifaire issue des coûts (du fait de l'intégration des revalorisations salariales Ségur), et par sa grande complexité (nouveau coefficient d'impact des mesures Ségur, enveloppe AC 10 % Ségur, dotation populationnelle des urgences...). Cette complexité a conduit à un report de la publication des tarifs au 31 mars !

Le nouveau coefficient « Ségur »

Dans le cadre de l'intégration des revalorisations salariales issues du Ségur de la santé dans les tarifs des GHS, un nouveau coefficient de pondération est créé (décret n°2021-341 du 29 mars 2021). Il permet d'assurer le fléchage des enveloppes de revalorisation par catégories d'établissements de santé (EPS, EBNL, EBL). La valeur de ce nouveau coefficient, dit « Ségur », est fixée à + 0,28 % pour les établissements de santé privés.

Coefficient prudentiel et coefficient de neutralisation

La valeur du coefficient prudentiel reste de 0,7 % pour les deux secteurs. Ce coefficient doit permettre de constituer une réserve de crédits qui pourra être reversée selon l'état d'exécution de l'Ondam.

La valeur du coefficient visant à neutraliser l'impact des allègements fiscaux et sociaux est de - 2,59 % pour les établissements privés (- 2,82 % en 2020) et de - 1,6 % pour les établissements privés à but non lucratif (au lieu de - 1,73 % en 2020).

IFAQ

Si en conséquence de la crise sanitaire, la trajectoire financière a dû être adaptée (lissage de la montée en charge), l'enveloppe IFAQ 2021 a été fixée à 450 M€, soit 50 M€ supplémentaires. Cette évolution de l'enveloppe a été sans impact sur la fixation des tarifs car elle a été financée par un redéploiement de crédit de la liste en sus.

Soutien aux maternités

La FHP-MCO a continué en 2021 d'alerter le ministère sur la situation des maternités.

Réforme du financement des urgences

La réforme du financement des établissements de santé se poursuit avec la mise en œuvre en 2021 de la réforme du financement des urgences. Les principales évolutions en 2021 de l'arrêté « forfaits » (dit aussi « prestations ») qui fixe annuellement les règles relatives à l'ensemble des forfaits auxquels les établissements peuvent prétendre pour leurs activités de MCO et HAD, sont liées à la mise en place de ce nouveau modèle de financement des urgences : création des GHS mono RUM UHCD et suppression du FAU en lien avec la création de la dotation populationnelle.

Transport : fin du « stop loss »

Lors de la mise en œuvre de la réforme du financement des transports, dite de l'article 80 de la LFSS 2017, qui confie aux établissements de santé la responsabilité du financement des dépenses de transports inter et intra établissements, un dispositif « stop loss » avait été mis en place pour limiter les effets revenus liés à cette réforme. Ce dispositif est arrêté en 2021.

La FHP-MCO continue de porter des demandes d'aménagement pour les prestations de moins de 48 h : adopter un financement similaire aux transports pour séance pour l'ensemble des PIA et PIE.



Revalorisation Ségur

Les travaux du Ségur de la santé menés l'été 2020 ont notamment abouti à des accords signés par une majorité d'organisations syndicales représentant les professions non médicales et médicales.

Ces accords prévoient des mesures de revalorisation salariale au bénéfice des personnels médicaux et non médicaux des établissements de santé à hauteur de 6,8 Mds€ selon une montée en charge progressive sur la période 2020-2023.

Un arbitrage interministériel a été rendu en faveur de l'intégration de ces revalorisations salariales dans les vecteurs de financement.

C'est le cas dès 2021 pour le champ MCO selon les modalités suivantes : intégration uniforme de la mesure dans les tarifs sans mise en œuvre de modulations tarifaires via un taux d'évolution pivot et un coefficient de pondération. La dotation populationnelle des urgences est également concernée par l'intégration des revalorisations Ségur. Un dispositif d'accompagnement transitoire à la mise en œuvre est prévu par le biais d'une enveloppe AC de péréquation représentant 10 % des financements prévus pour le champ MCO, les 90 % restants étant intégrés dans les tarifs et dans la dotation populationnelle des urgences. Ce dispositif d'accompagnement en 2021 ne vise pas à ré-apprécier le niveau de financement des mesures de revalorisation par secteur/activité, mais à répartir pour 2021 l'enveloppe de financement Ségur MCO définie par catégorie d'établissement de santé, en atténuant les effets les plus indésirables de l'intégration aux tarifs.

Dispositif d'avance

Les travaux et arbitrages relatifs à la campagne tarifaire particulièrement complexe cette année ont conduit à une publication tardive de l'arrêté tarifs MCO 2021. Faisant suite à l'une de nos demandes, un dispositif exceptionnel d'avance de trésorerie à destination des établissements de santé ex-OQN a été mis en place. Ce dispositif d'avance est à distinguer de celui mis en œuvre à destination des établissements mobilisés pendant la crise et confrontés à la déprogrammation de nombreuses interventions.

ACTIONS

- ♦ 13 dépêches diffusées
- ♦ 80 questions adhérents
- ♦ Participation à une vingtaine de réunions pilotées par la DGOS, la Cnam ou l'ATIH : copil financement, GT Campagne MCO-HAD, réunion péréquation AC MCO, comités techniques et groupes de travail thématiques, etc.
- ♦ De nombreuses contributions écrites : orientation, projet de décrets, arrêtés, etc.
- ♦ Un 5 minutes pour comprendre
- ♦ Le sujet de la campagne tarifaire est systématiquement mis à l'ordre du jour des réunions du bureau et du conseil d'administration.
- ♦ Des déplacements de la présidente et du délégué général aux assemblées générales régionales ont été effectués pour expliquer la campagne.
- ♦ Intervention de la DGOS au Club des médecins DIM

Réforme du financement des urgences



2021 est l'année de transition vers un nouveau financement des services d'urgence. Le nouveau financement s'appuie sur trois compartiments : la dotation populationnelle et la dotation qualité mises en œuvre dès le 1^{er} janvier 2021, et le financement à l'activité déployé à partir du 1^{er} septembre 2021.

La FHP-MCO n'a pas souhaité cette réforme mais elle en a accompagné au mieux les travaux, veillant à ce que le nouveau dispositif ne pénalise pas les établissements de santé privés. La dotation populationnelle, nouveau pilier structurel, a particulièrement retenu la vigilance des administrateurs, tout d'abord dans son mode de calcul, ensuite dans le rang qui lui est donné dans l'équation de financement, enfin dans la régionalisation de cette allocation à la main des ARS.

La FHP-MCO a suivi de très près la mise en place et la transparence de comités régionaux urgences en charge de la définition des critères d'allocation de ressources aux établissements, au sein desquels les représentants de l'hospitalisation privée et des praticiens libéraux doivent avoir toute leur place.

L'année 2021 est une année de transition pour déployer les nouveaux financements et les nouveaux circuits de facturation, tout en assurant la stabilité du financement des établissements. La construction des allocations issues de la dotation populationnelle et des dotations complémentaires qualité a été menée de manière à assurer cette stabilité.

La dotation populationnelle provisoire déléguée en première circulaire intègre 90 % des revalorisations salariales prévues par le Ségur de la santé. Elle répond à une méthodologie arrêtée au niveau national pour chaque catégorie d'établissement dont les montants ont ensuite été répartis entre

les régions au prorata des volumes économiques correspondant.

Ce dossier démontre la volonté de la tutelle de redéfinir un modèle de financement et accrédite une approche populationnelle, le nouveau paradigme qui prévaut désormais dans les travaux des réformes de financement au-delà du périmètre de la médecine d'urgence.



ACTIONS

Thibault Georhin est en charge de ce dossier

- ♦ 5 mails à l'attention de la DGOS
- ♦ 15 mails d'information aux adhérents
- ♦ 50 questions adhérents
- ♦ 8 réunions fiches réflexes

Le dispositif IFAQ



Après un gel du dispositif en 2020, le ministère a choisi de réactiver le modèle IFAQ en 2021 de manière allégée. Ainsi l'enveloppe est fixée à 450 M€, soit 50 M€ supplémentaires. Elle est répartie comme suit :

- 200 M€ au prorata de la dotation IFAQ 2019 des établissements de santé ;
- 100 M€ au prorata de la valorisation économique des établissements en 2019.

Ces deux parties de l'enveloppe (200 M€ + 100 M€) ont pu être versées aux établissements dans le cadre de la C1.

- 150 M€ basés sur un IFAQ 2021 allégé.

Cette partie de l'enveloppe dépend des résultats des établissements de santé aux indicateurs pris en compte dans le modèle 2021, et sera donc versée en fin d'année.

Cette réactivation du modèle en 2021 n'était pas acquise.

Tout d'abord parce qu'il a fallu prendre en compte les difficultés liées à la crise Covid sur le recueil de données, à savoir la question de la faisabilité même d'un recueil en 2021, et la difficulté de travailler des données de 2020 au regard du contexte Covid, et étant donné que le modèle rémunère aussi la progression des résultats. La FHP, avec la FHP-MCO et la FHP-SSR, a porté la nécessité de réactiver un IFAQ, même allégé, sur 2021 tout en préparant 2022, pour préserver l'esprit même de la rémunération à la qualité et des incitatifs à agir qu'elle porte. Il fallait éviter que la dotation IFAQ 2021 soit à nouveau versée sans tenir compte de critères qualité.

Ensuite, il a fallu défendre une augmentation de l'enveloppe, ainsi qu'un scénario alternatif à la répartition de cette enveloppe initialement proposée par le ministère, qui accordait une place trop importante à la valorisation au poids économique. Aussi, nous avons répété qu'une rémunération au poids économique est antinomique avec une rémunération incitative à la qualité.

Le ministère a entendu ce point car, mis à part la FHP/FHP-MCO/FHP-SSR, toutes les fédérations étaient en faveur d'une reconduction du gel comme en 2020.

En conséquence, les travaux conduits en 2021 par le ministère avec les fédérations en GT IFAQ ont été multiples.

Ils ont en premier lieu porté sur l'adaptation du

modèle pour 2021 et une fois sa réactivation actée, sur les indicateurs à intégrer compte tenu du contexte de crise sanitaire.

En parallèle, la réflexion sur les indicateurs du modèle 2022 a été ouverte.

Par ailleurs, si le modèle a été rénové par la task force en 2019 dans le cadre de la réforme du financement, des évolutions étaient attendues pour 2020 et donc sur la table de travail avant la crise Covid. Ces travaux ont repris pour permettre une application en 2022 : la gradation de la rémunération (c'est-à-dire une différenciation plus fine des rémunérations en fonction des résultats au sein des établissements rémunérés), la mensualisation, l'introduction du mécanisme de malus...

La FHP-MCO, engagée depuis 10 ans dans la construction d'un financement à la qualité, a continué en 2021 de suivre de façon très proactive son évolution, et d'accompagner les adhérents. À ce titre, la fin de l'année a été particulièrement marquée par un travail de relance et de soutien pour améliorer la complétion des indicateurs Hop'en.

ACTIONS

Laure Dubois est en charge de ce dossier

♦ **Participation avec le Dr Paul Garassus à 11 réunions du GT IFAQ**

♦ **80 questions** adhérents

♦ **2 dépêches** diffusées

♦ **La DGOS est intervenue à la Journée des métiers en juillet.**

♦ **Laure Dubois est intervenue à la commission HAD pilotée par la FHP, et avec Thierry Béchu au webinaire IFAQ** dans le cadre du cycle de webinaires dédié à la qualité, organisé par la FHP Normandie et la FHP Hauts-de-France pour présenter le modèle IFAQ et les évolutions à venir.

♦ **Le groupe expert Qualité a été tenu informé de l'avancée des travaux et consulté sur les évolutions du modèle.**

♦ **Contributions écrites dès que nécessaire :** courrier interfédération, réponse aux sollicitations de la DGOS, et courrier FHP-MCO sur les indicateurs MCO envisagés dans le dispositif IFAQ 2021.

Facturation de l'HDJ : un rescrit désormais opposable



Décrit à l'annexe 6 de l'instruction « Gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé » parue en 2020, le dispositif de rescrit tarifaire est désormais opposable par la publication du décret n°2021-818 du 25 juin 2021 pris en application de la LFSS pour 2021.

Il est le fruit d'une demande répétée des fédérations pour accompagner l'évolution permanente des pratiques médicales relevant de l'hospitalisation de jour.

Inspiré du rescrit fiscal, il permet à tout établissement de santé, société savante ou fédération hospitalière, agissant pour le compte d'un établissement de santé, d'obtenir, en dehors des périodes de contrôle, une prise de position formelle de l'État et de l'Assurance maladie sur les règles de facturation applicables pour une prise en charge de moins d'une journée.

Ce dispositif a pour objet d'apporter de la lisibilité dans la facturation, et non de trancher

sur les contentieux en cours, aussi la demande ne peut porter sur un séjour dont l'Assurance maladie conteste la facturation dans le cadre d'un contrôle.

Une demande de rescrit est faite en ligne via un formulaire. Le ministère dispose d'un mois pour s'assurer de son caractère complet et l'envoi, pour information à l'agence régionale de santé concernée, puis, anonymisée, la publie sur son site.

Le ministère saisit ensuite pour avis le conseil national professionnel (CNP) concerné, qui émet un avis médicalisé dans un délai de deux mois sur l'organisation de la prise en charge concernée. L'ensemble est notifié au demandeur et publié au Bulletin officiel santé-protection sociale-solidarité, et sur le site internet du ministère.

Malgré les demandes de la FHP-MCO, le décret ne prévoit pas implicitement de délai pour la prise de position de l'administration.



RIHN : des avancées de principe et des actes attendus en 2022

Le Président de la République a annoncé le 29 juin 2021 vouloir « faire de la France la 1^{re} nation européenne innovante et souveraine en santé ». La réforme du RIHN (Référenciel des actes innovants hors nomenclature) était intégrée dans les recommandations du CSIS. Un accès simplifié aux actes innovants était annoncé et la réforme du RIHN affichait une avancée de principe pour offrir un dispositif de soutien dynamique et fluide à la biologie médicale et à l'anatomopathologie innovantes. Une réflexion est toujours en cours sur les actes et la dynamisation du modèle RIHN.

La DGOS a confirmé des mesures à venir avec une probable croissance de l'enveloppe RIHN en 2022 et une rénovation profonde du dispositif pour le rendre plus dynamique, notamment sur le contenu des listes. Dans l'attente de cette refonte, aucun acte supplémentaire ne sera ajouté. Par ailleurs, la cible poursuivie en termes de financement est un taux de couverture proche de 100 %. Le taux de couverture annoncé en 2021 est de 51 %.

Par ailleurs, la deuxième circulaire relative à la campagne budgétaire 2021 des établissements de santé intègre notamment la dotation MERRI relative aux actes hors nomenclature versée sur 100 % de l'activité 2019 (2020 est une année non prise en compte en raison de la pandémie). L'enveloppe s'élève en 2021 à 406 M€ (vs 382 M€ en 2020).

La FHP-MCO exhorte depuis plusieurs années le ministère de la Santé d'adopter une approche plus systémique de la gestion de cette enveloppe relative à l'innovation qui est une source d'efficacité médico-économique du système de santé. Envisager une croissance de cette enveloppe peut être considéré comme un investissement. À noter aussi qu'une démarche a aussi été conduite en février 2021 avec le soutien de la Ligue contre le cancer et d'autres fédérations hospitalières pour faire avancer ce dossier.

Réforme de l'accès dérogatoire aux médicaments

Accès compassionnels et précoces



L'accès dérogatoire c'est quoi ?

En France, depuis plus de 20 ans, un patient en situation d'impasse thérapeutique peut bénéficier d'un médicament non autorisé si les conditions suivantes sont réunies : la maladie doit être grave, rare et invalidante, le traitement ne peut être différé, l'absence de traitement approprié doit être démontrée, et, l'efficacité ainsi que la sécurité de l'usage du médicament présumées.

Deux nouveaux régimes

À partir du 1^{er} juillet 2021, deux régimes sont créés :

- L'autorisation d'accès précoce (AAP) pour les médicaments destinés à être commercialisés dans l'indication concernée, présumés innovants et avec des données cliniques disponibles ou en cours de recueil.
- L'autorisation d'accès compassionnel (AAC) pour les médicaments non destinés à être commercialisés dans l'indication concernée, avec une absence de développement en cours / prévu de démarche d'autorisation de mise sur le marché (AMM).

Contenu de la réforme

Ces deux régimes viennent remplacer les six existants :

- L'accès compassionnel remplace les autorisations temporaires d'utilisation nominative (ATUn) et les recommandations temporaires d'utilisation (RTU).
- L'accès précoce remplace l'autorisation temporaire d'utilisation de cohorte (ATUc), l'autorisation temporaire d'utilisation d'extension d'indication (ATUei), la postautorisation temporaire d'utilisation (post-ATU) et la prise en charge temporaire (PECT).

Les autorisations d'accès précoce (AAP) sont délivrées sur demande du laboratoire et

peuvent concerner l'indication d'un médicament en amont de l'obtention de toute autorisation de mise sur le marché (AMM), d'un médicament qui dispose déjà d'une AMM dans l'indication considérée et en amont d'une prise en charge de droit commun par l'Assurance maladie.

Après évaluation et décision, deux avis peuvent être rendus par la HAS : refus ou autorisation d'accès précoce pour un an renouvelable.

L'autorisation d'accès compassionnel est sur initiative de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), à la demande d'un professionnel de santé, d'un ministre ou sur signalement, une évaluation et une décision sont mises en œuvre par l'ANSM. Trois réponses de l'ANSM sont envisagées : le refus, l'autorisation de prescription compassionnelle de 3 ans renouvelables pour un accès de cohorte à l'initiative de l'ANSM ou l'autorisation d'accès compassionnel de 1 an renouvelable pour le patient nominatif d'un prescripteur.

Pour ces deux types d'accès, en fonction des nouvelles données disponibles, l'autorisation peut être stoppée à tout moment.

La refonte de ces dispositifs prévoit le versement d'un dédommagement à l'établissement de santé par le laboratoire pour le recueil des données de suivi, via la mise en place d'une convention entre le laboratoire et l'établissement de santé.

ACTIONS

Laure Dubois et Dr Matthieu Derancourt sont en charge de ce dossier

- ♦ 3 réunions
- ♦ 2 questions adhérents

La prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun

La télésurveillance permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à sa prise en charge. Elle a fait l'objet ces dernières années d'une expérimentation intitulée Etapes - expérimentations de télé-médecine pour l'amélioration des parcours en santé.

Ces expérimentations permettent à l'Assurance maladie de prendre en charge la télésurveillance jusqu'à fin 2021 dans un cadre dérogatoire pour cinq pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire et prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique). Le PLFSS 2022 vise ensuite à inscrire la prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun.

Une tarification forfaitaire des activités de télésurveillance sera mise en place en 2022 et intégrera la prise en charge des équipes pluridisciplinaires ainsi que les dispositifs médicaux de télésurveillance et de collecte de données qui pourront y être associés.

L'avenant 9 à la convention médicale met fin au principe de territorialité pour les patients résidant dans les zones médicalement sous-denses pour les patients n'ayant pas de médecin traitant, en l'absence d'organisation territoriale, et pour les patients orientés par le régulateur du SAS. Il supprime aussi la consultation obligatoire en présentiel dans les 12 mois avant la téléconsultation.

À noter que les dépenses de téléexpertise sont passées de 20 000 euros en 2018, à 46 000 euros en 2019, puis 303 000 euros en 2020.



Position de la Cour des comptes

La logique actuelle de financement forfaitaire n'est pas incitative au développement de la télésanté car les actes réalisés en établissement sanitaire ou médico-social ne sont pas facturés à l'Assurance maladie, a soulevé la Cour des comptes.

Les sages émettent 5 propositions dans leur rapport 2021 dont la fin de la prise en charge à 100 % et l'élaboration d'un plan de contrôle a posteriori de la facturation de ces actes, le système d'information de la Cnam ne permettant pas de contrôler automatiquement certains points tels que le téléconseil ou le respect du parcours de soins. Les sages mettent en garde contre « des effets d'aubaine non maîtrisés », notamment la facturation de conseils médicaux, contraire au code de la santé publique, et d'actes fictifs.



Hébergement temporaire non médicalisé

Le décret n°2021-1114 du 25 août 2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé du patient a été publié le 26 août 2021.

Cette prestation a pour objectif de permettre aux établissements de santé de proposer aux patients un hébergement non médicalisé temporaire, en amont et/ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins, lorsque le maintien ou le retour à domicile est jugé impossible.

Elle relève d'une prescription médicale d'un praticien. Aucun soin ne doit être réalisé par l'établissement dans le lieu d'hébergement, exceptés le télésoin, la télémedecine et les prises en charge en urgence.

La prestation peut être proposée aux patients dont l'état de santé ne justifie pas ou plus une surveillance médicale ou paramédicale continue, une hospitalisation à domicile, ni d'installation médicale technique lourde mais dont le maintien à proximité de l'établissement de santé peut être justifié par la combinaison de critères d'éloignement géographique, médicaux, sociaux ou de récurrence des venues dans l'établissement.

Elle ne peut être proposée que si le patient est autonome ou s'il peut être accompagné.

Un forfait à la nuitée de 80 euros est mis en place pour toute activité réalisée entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2023.

Ce montant forfaitaire couvre les frais d'hébergement du patient mais également ceux de son ou ses éventuels accompagnants ainsi que les prestations de repas.

Le coût de la prestation non couverte par le forfait financé par l'Assurance maladie peut être facturé, le cas échéant, au patient et aux éventuels accompagnants.

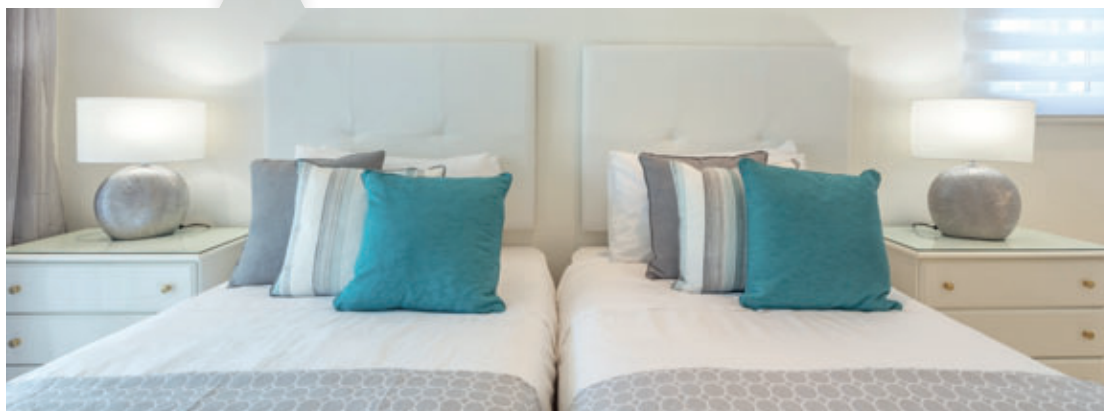
Les organismes complémentaires pourront participer au financement, via des conventions locales, pour les éventuels coûts de nuitée qui seraient supérieurs au forfait.

Afin de bénéficier du versement du forfait, les établissements de santé doivent remplir et transmettre les informations relatives à cette activité, ainsi que le bilan annuel d'évaluation du dispositif.

ACTIONS

Dr Matthieu Derancourt et Fatiha Atouf sont en charge de ce dossier pour la partie MCO

- ♦ **2 réunions** en 2021
- ♦ **Phase de consultation** en mars 2021 sur les projets de textes
- ♦ **5 questions** adhérents
- ♦ **1 fiche** réflexe
- ♦ **3 dépêches** experts



CONDITIONS DE FINANCEMENT

Les évolutions à venir



Un dernier PLFSS de facture classique

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2022 entré en discussion à l'Assemblée nationale en octobre est a priori le dernier plan de financement de facture classique avant l'introduction d'un dispositif pluriannuel qui devra s'appuyer ensuite sur des outils législatifs et un dispositif solide, reprenant en ce sens les travaux du HCAAM et la demande de l'ensemble des fédérations hospitalières.

Le contexte de sortie de crise Covid, et électoral à venir, a favorisé l'annonce de montants inédits, en particulier celui de l'Ondam hospitalier. La FHP-MCO est restée extrêmement prudente car seuls les tarifs publiés au Journal officiel traduiront précisément le financement des activités de soins de chacun. L'expérience a souvent montré que si l'évolution de l'enveloppe financière votée conforte les parlementaires dans la qualité de leur travail, elle ne se traduit pas toujours à la hauteur des espoirs des responsables d'établissements.

Cette vigilance est alors d'autant plus légitime que les informations diffusées montrent que les montants consacrés à la campagne tarifaire 2022, retraités des mesures exceptionnelles (Séjour et investissement), sont semblables à ceux de 2021. Dès lors, les enjeux reposent bien dans les choix techniques et politiques qui seront retenus comme variables de construction : volume, croissance de l'enveloppe IFAQ dont le syndicat porte une demande à 700 M€ en 2022, liste en sus, évolution des Migac... La colonne vertébrale du modèle d'allocation de ressources est le

financement de l'activité qui demeure le cœur de cible.

Ce PLFSS 2022 vient par ailleurs consolider des dispositions. Tout d'abord, celle d'ouvrir la prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun. En effet, la télémedecine, en permettant une prise en charge du patient au plus près de son lieu de vie, constitue un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins et d'amélioration de l'efficience de l'organisation et de la prise en charge par l'Assurance maladie. Elle constitue ainsi une nouvelle forme d'organisation de la pratique médicale au service du parcours de soin du patient.

Une autre disposition est consolidée : le report de l'application du compartiment « activité » du financement des urgences au 1^{er} janvier 2022. Dans ce cadre, il s'agira d'apporter des garanties aux praticiens libéraux sur le lien avec la convention médicale et de maintenir les bénéfices qu'ils en ont obtenus concernant les nouveaux éléments de leur rémunération.

La FHP-MCO a déposé deux amendements.

- Proposition 1 : permettre au personnel médical salarié des établissements de santé privés de facturer des actes et consultations externes.
- Proposition 2 : permettre au personnel auxiliaire médical salarié des établissements de santé privés de facturer des actes et consultations externes.



Forfait maladie rénale chronique

Dans le cadre de la réforme du financement, un paiement au suivi pour les maladies rénales chroniques (MRC) a été mis en place fin 2019. Ces forfaits annuels par patient ont vocation à financer l'accompagnement pluridisciplinaire, en amont de la suppléance rénale, des patients aux stades IV et V, avec l'objectif d'améliorer leur suivi et leur accompagnement en vue de retarder la survenue de complications et l'entrée en phase de suppléance.

Plusieurs textes relatifs à la mise en œuvre et aux évolutions du forfait MRC ont été publiés en 2021 : arrêtés MRC 2021 (modalités et liste des établissements de santé), nouvelles notices techniques ATIH, guide de recueil et format 2021.

En 2021, le financement est alloué en fonction de l'activité et du stade MRC : consultations de néphrologues et de paramédicaux réalisées (IDE, diététicien), et la minoration de 33 % du forfait par condition non-respectée est mise en place, telle que prévue par arrêté.

Par ailleurs, les données 2021 devraient être utilisées 2 fois : pour la régulation 2021 et pour le versement du forfait 2022.

La liste des variables du recueil MRC a été étendue en 2021 en vue des travaux de modulation du forfait, en fonction d'indicateurs de processus et de résultats à horizon 2023. Si depuis 2019 le montant versé aux établissements dépend uniquement de l'activité réalisée, à terme, il devrait tenir compte des résultats de l'établissement à des indicateurs liés à la qualité.

La FHP-MCO et la FHP-REIN sont restées mobilisées sur ce dossier tout au long de l'année 2021.

ACTIONS

- ♦ **3 dépêches** expert FHP-MCO
- ♦ **2 réunions**
- ♦ **Une vingtaine de questions adhérents**
- ♦ **Échanges et/ou rdv** avec la DGOS et l'ATIH sur le recueil et la transmission des données, le mécanisme de valorisation du forfait, les travaux de modulation.

Réforme du financement de la médecine : une application décalée en 2022

L'objectif de la réforme du financement de la médecine est de coconstruire avec des établissements volontaires un nouveau modèle de financement territorial basé sur une combinaison de financements populationnel, à l'activité et à la qualité. La réforme comporte aussi un droit d'option d'une dotation socle pour leurs activités de médecine dès 2022 (au lieu de 2021).

Le principe du volontariat prévaut pour les deux volets de la mesure ainsi que celui de non-cumul.

Un dispositif à double détente est déployé car la mise en œuvre de la dotation populationnelle va prendre du temps. Ainsi, l'objectif du volet « dotation socle » permet aux établissements de santé qui le souhaitent, dans l'attente de la mise en œuvre de l'expérimentation, de réduire la part de T2A dans leur financement. Il s'agit d'une logique de sécurisation des ressources, permettant aux établissements de santé de s'engager dans la structuration des parcours amont/aval, et de renforcer la gradation des prises en charge.

Les modalités de mise en œuvre de la dotation socle sont : le droit d'option est ouvert en 2022 (au lieu de 2021), et jusqu'à l'entrée de l'établissement de santé dans l'expérimentation de la dotation populationnelle (5 ans). Les établissements de santé peuvent à tout moment choisir de rebasculer vers le tout T2A pour l'activité médecine pour l'année N+1. Le montant de la dotation représente 30 % des recettes Assurance maladie de médecine. Cette démarche s'accompagne d'une contractualisation avec l'ARS sur la qualité des prises en charge.

Traçabilité des dispositifs médicaux Historique/Contexte

Un plan d'action national sur la traçabilité des DM implantables a été mis en œuvre depuis 2019 dans un contexte de remise en cause de la sécurité des DM implantables et d'une nouvelle réglementation européenne pour renforcer la sécurité des DM.

Il a pour principaux objectifs de renforcer l'encadrement du circuit hospitalier du DMI, de garantir l'effectivité des obligations réglementaires de traçabilité sanitaire dans les établissements de santé, et de préparer la mise en œuvre de la nouvelle réglementation européenne.

Trois actions principales ont été menées :

- rappel de la réglementation relative à la traçabilité sanitaire des DMI via une note d'information ARS/établissement de santé en 2019 ;
- réalisation et diffusion d'une enquête relative à l'informatisation de la traçabilité des DMI dans les établissements (dernière enquête en 2014) ;
- publication d'un arrêté relatif au management de la qualité et de la sécurisation du circuit des DMI le 29 septembre 2021.

Le champ d'application de ce décret, conformément aux dispositions de l'arrêté du 26 janvier 2007, concerne les DMI gérés en achat, en dépôt permanent ou temporaire, à l'exception des ligatures, sutures et dispositifs d'ostéosynthèse. Les établissements concernés sont les établissements MCO, les structures de chirurgie esthétique et les établissements ne disposant pas de PUI.

Les principaux points de cet arrêté sont la mise en place d'un système de management de la qualité des DM, l'établissement d'un « circuit » des DM implantables (de la commande à la pose avec l'information du patient), l'informatisation obligatoire du circuit du DMI, la mise en œuvre de l'identifiant unique des dispositifs (IUD), un système documentaire, la formalisation de la responsabilité des acteurs, la formation, la réalisation d'une étude de risques et la gestion des événements indésirables. L'arrêté entrera en vigueur le 26 mai 2022.

Pour mémoire, concernant l'informatisation du circuit DMI, un appel à volontaires de la DGOS pour participer à une démarche d'expérimentation a eu lieu fin 2019, avec pour objectif d'accompagner un premier groupe d'établissements afin de faire évoluer leur système d'information (SI), mettre en place l'identifiant unique de dispositif, définir un corpus de bonnes pratiques et traduire les évolutions organisationnelles et de SI. 26 établissements de santé privés sur un total de 75, tous secteurs confondus, se sont portés volontaires. Les travaux de ce groupe ont été prolongés en 2021. À ce jour, la FHP-MCO est en attente du retour de la DGOS sur le bilan de cette démarche.



ACTIONS

Le Dr Matthieu Derancourt est en charge de ce dossier
Consultation sur les projets de texte en juillet 2021

- ♦ 1 dépêche expert
- ♦ 4 questions adhérents
- ♦ 1 intervention au Club pharmacie FHP MCO



Admission directe non programmée des personnes âgées

Il s'agit de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences : « généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences ». L'organisation des admissions directes en service hospitalier depuis le domicile ou un EHPAD doit permettre à des médecins de ville de bénéficier facilement et rapidement d'un avis médical hospitalier en vue de décider et d'organiser l'accueil des patients âgés directement dans les services de soins.

175 M€ sont prévus sur la période 2019-2022. 2020 et 2021 sont les premières années de construction dans les territoires : deux délégations de 45 et 55 M€ sont versées aux ARS. Pour mémoire en 2020, les établissements dotés d'un service des urgences étaient engagés en priorité. Ces parcours concernent en premier lieu la médecine gériatrique, mais aussi toutes les spécialités des établissements MCO, en lien avec les urgentistes. En 2021, une extension est prévue aux autres établissements de santé, à d'autres territoires et activités médicales.

Sur ces derniers points, la FHP-MCO a sollicité la DGOS pour des clarifications. Elle a précisé que les établissements de santé qui n'ont pas de structure d'urgence autorisée font également partie de l'organisation de ces parcours en médecine et chirurgie sur les territoires dans le cadre d'une responsabilité populationnelle, et que tous les établissements MCO entrent dans ce dispositif. Les hospitalisations en chirurgie pour les personnes âgées peuvent s'organiser en admissions directes. Des interventions pour fracture du col du fémur chez les personnes âgées ou certains séjours de chirurgie digestive peuvent notamment être concernés.

Un recueil sera mis en place par l'ATIH au 1^{er} janvier 2022 pour les admissions directes non programmées des patients âgés de plus de 75 ans. Ses modalités de mise en place ont fait débat.

ACTIONS

Dr Matthieu Derancourt est en charge de ce dossier

- ◆ 2 réunions en 2021
- ◆ 4 questions adhérents

Le projet IndiQateur-H : un indicateur de la QVT

Le projet IndiQateur-H soutenu par la DGOS et la HAS, suite à un appel à manifestation d'intérêt de l'ATIH, vise la co-construction d'un indicateur global, validé statistiquement et généralisable sur la qualité de vie au travail des professionnels en établissements de santé (MCO, HAD, SSR, PSY). L'équipe de recherche pluridisciplinaire EMOS porte ce projet, dont les 3 phases étaient prévues d'octobre 2020 à mars 2023 :

- **phase 1** : co-construction de l'outil sous la forme d'un questionnaire avec un groupe d'experts ;
- **phase 2** : expérimentation sur les établissements-tests et validation psychométrique de l'outil ;
- **phase 3** : généralisation et perfectionnement de l'outil.

En réponse aux fédérations, la DGOS a indiqué que cet indicateur QVT, une fois validé scientifiquement, ne saurait déroger aux conditions habituelles d'intégration des indicateurs dans le modèle IFAQ (année à blanc, modalités de prise en compte étudiées...) et en concertation avec les fédérations dans le cadre du GT dédié.

En 2021, l'équipe EMOS a travaillé avec le groupe expert sur le questionnaire, et en parallèle avec les fédérations sur l'organisation de l'expérimentation. Concernant le questionnaire, la sélection des sous-dimensions le constituant a été validée avec le groupe expert (dont les membres ont été choisis par les fédérations), la rédaction des items a ensuite été réalisée sur cette base par l'équipe EMOS. Concernant l'expérimentation, l'équipe EMOS s'appuie sur des représentants régionaux des fédérations pour la sélection et l'accompagnement des établissements testeurs. La FHP, les syndicats de spécialités et les délégués de région concernés se sont impliqués dans la sélection des établissements, afin que tous les champs soient représentés, y compris la dialyse et l'HAD.

À la demande des fédérations qui souhaitent valider le questionnaire avant sa diffusion auprès des établissements-testeurs, une VO a été transmise pour relecture. Les fédérations ont unanimement regretté que le groupe expert n'ait pas été associé à la formulation des questions, elles ont pointé la nécessité de diminuer le nombre de questions, et la volonté d'objectiver le questionnaire. En conséquence, l'équipe EMOS retravaille avec le groupe expert sur une nouvelle version du questionnaire, et de fait l'expérimentation n'a pas encore pu être lancée.

CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT



Réforme des autorisations, antenne de médecine d'urgence

Le nouveau régime des autorisations des services d'urgence précise les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement. 11 réunions du groupe de travail dédié ont été nécessaires pour aboutir à une publication de tous les textes afférents avant le 30 juin 2021.

La nouveauté de ce dispositif : une antenne de médecine d'urgence est réservée à l'accueil de tous les patients à l'instar d'un service d'urgence. Elle est ouverte au moins 12h par jour, 7 jours sur 7 et participe aux situations sanitaires exceptionnelles en dehors de ses horaires d'ouverture.

Une antenne de médecine d'urgence est désormais autorisée sous condition qu'elle dispose sur la base d'une convention d'une « équipe commune de territoire » et qu'elle soit adossée à un SMUR. Lors des échanges, la FHP-MCO a pointé la difficulté de constituer une telle « équipe commune de territoire » entre deux établissements de santé et des praticiens de statuts différents (public/privé, salarié/libéral). De même, la FHP-MCO a souligné que la contrainte de s'adosser à un SMUR revenait à exclure a priori les établissements de santé privés même si une dérogation accordée par le DG ARS est possible quand les besoins sont couverts.

Des échanges ont eu lieu également sur la composition et le fonctionnement des Comités techniques régionaux des urgences (CTRU) car la place de l'hospitalisation privée n'est pas toujours acquise sur l'ensemble du territoire national.

La version 2 du Cages est confirmée

Des évolutions significatives ont eu lieu en 2021 pour aboutir à cette nouvelle version en application de l'article 64 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la Sécurité sociale pour 2020. Rappelons que la première version date de 2017 (issue de la LFSS 2016).

En raison de la crise sanitaire, l'entrée en vigueur du nouveau contrat d'amélioration de la qualité et d'efficacité des soins (Cages) a été dans un premier temps repoussée au 1^{er} janvier 2022. Au regard de la prolongation de la crise sanitaire, un nouveau décalage de trois mois a été décidé. L'entrée en vigueur des nouveaux Cages est donc prévue pour le début du mois d'avril 2022.

Le Cages s'inscrit dans une démarche globale de recherche de pertinence, d'efficacité et de régulation de l'offre de soins et constitue le support d'un dialogue de gestion annuel entre l'établissement, l'ARS et l'Assurance maladie.

Ce contrat peut comporter un ou plusieurs volets relatifs, premièrement au bon usage des médicaments, produits et prestations, deuxièmement à l'amélioration de l'organisation des soins portant notamment sur les transports, et troisièmement à la promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations.

Ces volets sont conclus avec les établissements identifiés en application du Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS) ou en raison du non-respect d'un ou plusieurs référentiels de



pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'Assurance maladie.

Ce nouveau contrat tire les conséquences réglementaires des évolutions législatives relatives aux Caqes visant à améliorer sa pertinence et le rendre plus incitatif, notamment en le limitant aux seuls établissements identifiés au regard des priorités nationales et régionales.

Les nouveaux textes précisent l'architecture générale du contrat, le ciblage des établissements de santé, et la délégation de l'intéressement.

Au-delà de la Loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019, trois nouveaux textes précisent le nouvel environnement réglementaire : l'instruction n°DSS/MCGR/2021/170 du 27 juillet 2021 (modalités du suivi des contrats actuels, de la phase transitoire en 2021 et de la mise en œuvre des nouveaux Caqes en 2022) ; l'arrêté du 24 septembre 2021 modifiant l'arrêté du 27 avril 2017 (relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la Sécurité sociale) ; le décret n°2021-1231 du 25 septembre 2021 (relatif au cadre général du contrat d'amélioration de la qualité et d'efficacité des soins mentionné à l'article L. 160-30-2 du code de la Sécurité sociale).



Dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes

En juillet 2019, les DAC sont déterminés dans le cadre de la loi définissant la stratégie de transformation de notre système de santé avec pour objectif de proposer un service d'appui unifié pour les professionnels pour toute situation jugée complexe, quels que soient l'âge, la pathologie, le handicap ou la situation de la personne suivie.

Les DAC doivent permettre aux professionnels de bénéficier :

- d'une information sur les ressources médicales, soignantes et administratives disponibles au sein du territoire ;
- d'un appui à l'organisation des parcours, par le biais de conseils ou d'une assistance technique en orientant directement les personnes, et ainsi planifier leur suivi et leur accompagnement par les professionnels adéquats ;
- d'une coordination spécifique pour les prises en charge les plus complexes avec l'organisation d'un plan d'action personnalisé ;
- d'un soutien pour renforcer leur capacité à gérer les situations complexes grâce à une analyse des dysfonctionnements éventuels et des besoins spécifiques.

Le Décret 2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux vient préciser le cadre d'intervention de ces dispositifs.

Ibode : un recours face à l'incurie de l'État

Les FHP et FHP-MCO ont déposé en juillet 2021 un mémoire, en réplique d'une réponse du ministère demandant l'annulation du décret (n°2021-97 du 29 janvier 2021) en tant qu'il ne prévoit pas les conditions nécessaires au bon fonctionnement des services chirurgicaux en France jusqu'au 31 décembre 2025. Cette action juridique enjoint au Premier ministre de prévoir des mesures transitoires permettant d'établir en France les conditions nécessaires au bon fonctionnement des services chirurgicaux jusqu'à ce que le nombre d'infirmiers titulaires du diplôme d'État de bloc opératoire apparaisse suffisant et, en tout état de cause, au moins jusqu'au 31 décembre 2025.

Le Conseil d'État a rendu sa décision le 30 décembre 2021 : il fait droit à notre demande et annule partiellement le décret du 29 janvier 2021, considérant qu'il est incomplet, car il ne concerne pas tous les actes exclusifs. Il demande par ailleurs au Premier ministre d'adopter, dans un délai de 4 mois de nouvelles dispositions transitoires, permettant l'accomplissement de tous les actes exclusifs par un nombre suffisant d'infirmiers de bloc opératoire, afin d'assurer le bon fonctionnement de ceux-ci.

D'autre part, des travaux sont en cours sur le référentiel d'activités de l'infirmier de bloc opératoire qui devrait aboutir en 2022.

Ce référentiel indique notamment que l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- élaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
- organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables.

En peropératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire, en présence de l'opérateur.

Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique, dans les secteurs de la stérilisation du matériel médico-chirurgical, et dans les services d'hygiène hospitalière.

Autorisation du traitement de l'insuffisance rénale chronique



Si la réforme des autorisations et du financement de l'insuffisance rénale chronique a concentré l'essentiel des travaux menés durant l'année 2020, les travaux sur la réforme des autorisations, jugée prioritaire à celle du financement, n'ont pas été repris en 2021.

La volonté du ministère demeure mais annonce une finalisation des travaux pour seulement 2023.

La FHP-REIN continuera à travailler sur la simplification et la modernisation des autorisations du traitement de l'insuffisance rénale chronique.



ROC est en marche

L'objectif de modernisation des échanges entre les établissements de santé et les organismes d'assurance maladie complémentaire se traduit par la mise en place d'un dispositif spécifique, le dispositif remboursement des organismes complémentaires (ROC).

L'accord cadre national signé le 18 mai entre les ministères de la Santé et de l'Économie, les fédérations d'organismes d'assurance maladie complémentaire et les fédérations hospitalières installe cette nouvelle gouvernance. Il définit les grands principes et les objectifs communs du dispositif ROC dont en particulier : la fourniture en temps réel aux patients et aux établissements de santé des montants pris en charge par les organismes complémentaires ; l'amélioration de l'efficacité globale du tiers payant en numérisant et automatisant l'ensemble des échanges ; la facilitation de la facturation, du recouvrement et du rapprochement comptable ; la sécurisation des recettes des établissements de santé et la réduction drastique des contentieux.

En première analyse, le circuit ROC est adapté aux établissements de santé privés, moyennant quelques adaptations en lien avec les spécificités des praticiens y exerçant : ajouts de données, introduction de nouvelles règles de gestion (complément d'honoraire et paiement sur deux comptes), adaptation de la communication auprès du patient et ajustement du contrat de TP Inter-AMC.

Afin d'adapter le dispositif ROC aux établissements de santé privés ex-QQN, l'association Inter-AMC a organisé avec la FHP et la Fehap des réunions de travail au cours de cette année 2021.

Observatoire national des violences en milieu de santé

5,47 % des établissements de santé déclarant une violence en milieu de santé sont privés. Selon le rapport 2020 (données 2019), 72 des 1 314 établissements de santé privés ont effectué 320 signalements.

Le Rapport 2020 de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) rappelle aussi les réponses à fournir face aux diverses formes d'atteintes aux personnes et aux biens autour de deux axes : la violence verbale (insultes, outrages, menaces physiques, menaces de mort) ; la violence et les mineurs.



GROUPES EXPERTS

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.



Groupe expert Naissance « averti et proactif »

Pilote : Jean-Loup Durosset
Référente : Sophie Busquet de Chivré

Suite à la décision du conseil d'administration, le GE Naissance engage une réflexion sur l'évolution du financement des maternités : quel serait le modèle attractif pour les maternités et les professionnels de la naissance tout en améliorant la prise en charge des parturientes ? Plusieurs pistes de financement sont envisagées, relatives au parcours prenant notamment en compte le projet des 1 000 premiers jours, via une dotation socle ou un financement mixte, en tenant compte de la rémunération des médecins et les missions effectives des sages-femmes (notamment suite à l'étude de l'enquête Igas sur les compétences des sages-femmes).

Le cabinet Ernst & Young a été sélectionné et mandaté pour investiguer les modèles de financement des maternités et/ou de la naissance à l'international et accompagner à la conduite de la réflexion. Les modèles choisis notamment par l'Angleterre, les États-Unis, les Pays-Bas et la Nouvelle Zélande sont analysés de façon critique. Une revue de littérature a été effectuée, puis des simulations d'impact selon différents scénarios seront réalisées. Il est prévu ensuite de graduer les modèles de financement identifiés et définir leur niveau de transposition en France. Le GE Naissance a pour mission de rédiger

des propositions à destination du ministère et jouer un rôle central. Le groupe de travail a tenu une réunion mensuelle avec EY. Une séance ouverte à toutes les maternités privées a été organisée le 26 novembre et un point régulier présenté au séminaire stratégique en septembre à Bordeaux et lors des conseils d'administration et des réunions du bureau. Les travaux aboutiront en mars 2022. Le portage politique de cette démarche est également en discussion.

Un suivi particulier a été de même réalisé par le GE Naissance sur le dispositif gouvernemental des 1 000 premiers jours et les appels à projets territoriaux.

Un partenariat avec Women Safe & Children

Le GE Naissance a soutenu la FHP dans sa volonté de signer un partenariat avec l'association Women Safe & Children qui lutte contre les violences faites aux femmes puis aux enfants, en accompagnant ces victimes ou témoins de violences dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. L'objectif est de relayer les actions de Women Safe & Children et de déployer un partenariat opérationnel avec les maternités qui le souhaitent.



Groupe expert Recherche et publications

2021 : année charnière dans le financement de la recherche clinique et publications.

Pilote : Dr Stéphane Locret
Référent : Thierry Béchu

Dans le cadre du suivi des travaux portant sur la révision de la détermination de la dotation socle SIGAPS-SIGREC entamée lors de la campagne budgétaire 2021, la DGOS a mis en place un groupe de travail technique au sein duquel le Pr Guy Rostoker représente la FHP-MCO.

Sur ce sujet principalement, les membres du GE se sont réunis cinq fois pour effectuer un suivi des travaux sur les sujets des effets du nouveau modèle 2021 (compte fractionnaire, seuils), sur la définition de l'entité de recherche et des règles de fusion, sur le contrôle, la définition et les règles de constitution, et enfin sur les scores recherche et inclusions.

Le GE Recherche et publications est composé de Laurence Culine – Santé Cité, Stéphanie Durel-Pinson – Vivalto Santé, Patricia Khattar – Almaviva Santé, Dr Shahnaz Klouche – Elsan, Dr Stéphane Locret – Ramsay Santé, Catherine Miffre et Nelly Heraud – Korian.



Groupe expert Évolution de la classification GHM

Pilotes : Dr Marie-Paule Chariot / Dr Laure Comar
Référente : Laure Dubois

• 3 réunions

Ce groupe expert, composé de médecins DIM, sert de support aux retours de la FHP-MCO concernant toutes les questions relatives à l'information médicale et à l'évolution de la classification. Ces retours sont donc précieux pour étayer ou formaliser les positions de la FHP-MCO.

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

En 2021, si le groupe a, comme à son habitude, alimenté le document « retour d'expérience Anomalies de groupage/tarifification », et contribué à l'élaboration du programme des réunions du Club des médecins DIM, il a également travaillé sur les travaux menés par l'ATIH dans le cadre du comité technique MCO, notamment ceux liés à la révision de la CMD09, à la création de racine en K dans la CMD08 et au nouveau chantier de refonte des sévérités en MCO et SSR (sévérité interchamps). De même, le groupe a travaillé sur les modalités de mise en œuvre du dispositif de rescrit tarifaire et de la gestion du stock, dans le cadre de l'instruction Gradation des prises en charge ambulatoires.

Enfin, le groupe expert a été sollicité dans le cadre de la recherche de volontaires pour participer à l'expérimentation Druides (dispositif de remontée unifié et intégré des données des établissements de santé), refonte complète des outils ATIH de remontées des données du PMSI.

Le Dr Laure Comar, présente dans le groupe expert depuis sa création, prend la suite du Dr Marie-Paule Chariot au pilotage de cette instance.

Nous remercions vivement le Dr Marie-Paule Chariot pour son implication toutes ces années dans les travaux du groupe et la création du Club des médecins DIM du secteur privé.

MERCI



Groupe expert Qualité

Pilote : Didier Delavaud
Référente : Laure Dubois

• 2 réunions

Le groupe poursuit les trois objectifs fixés à sa création : améliorer la prise en compte des spécificités des établissements MCO privés, créer du lien entre les différents établissements expérimentateurs et avec le syndicat pour bénéficier du retour d'expérience et souligner les points de vigilance, enfin, contribuer à formaliser et étoffer les positions syndicales sur les sujets « qualité » qui sont relayées auprès des instances (HAS, DGOS) par la FHP-MCO, la FHP ou par le Baqimehp.

Le GE a travaillé sur la nouvelle démarche de certification, les indicateurs qualité, le dispositif IFAQ, la QVT et le Caqes.

En réunion, les membres du groupe ont échangé sur les impacts de la crise Covid sur les différents dispositifs d'évaluation de la qualité (certification, IQSS) et sur leur prise en compte dans IFAQ. De plus, les membres ont partagé leurs retours d'expérience des outils mis à la disposition des professionnels par la HAS pour s'approprier la dernière démarche de certification, la nouvelle plateforme Calista, de même des premières visites de certification V2020. Enfin, ils ont été tenus informés des travaux du Comité de concertation qualité et sécurité des soins.

Entre ces réunions, le groupe expert a été sollicité tant que de nécessaire et notamment pour répondre aux sollicitations de la HAS à propos des ajustements apportés au référentiel de certification des établissements de santé, de la DGOS sur les indicateurs à prendre en compte dans le dispositif IFAQ en 2022, et pour participer à la refonte du site Scope santé. Enfin, les membres du groupe ont été tenus informés de l'appel à candidatures d'experts lancé par la HAS pour le développement d'un IQSS sur la thématique de la récupération de 5 complications postopératoires, et de l'appel à candidatures de la HAS en vue du remplacement d'un membre de la Commission de certification des établissements de santé (CCES), afin que l'hospitalisation privée soit représentée.

MOMENTS FORTS en bref

Mars et octobre



Campagnes Mars Bleu et Octobre Rose, deux temps forts contre le cancer

Se donner un temps d'avance sur la maladie, plutôt que d'y faire face trop tard chaque fois que possible, est un des enseignements de la crise sanitaire du Covid. Alors que l'épidémie laissait peu de répit, les équipes soignantes ont pourtant été nombreuses à se mobiliser pour promouvoir les campagnes Mars Bleu et Octobre Rose.

Elles n'ont pas manqué d'idées, masquées, à distance, derrière un écran, elles ont informé et motivé à se faire dépister.

5 numéros du Fil Bleu et 11 du Fil Rose coproduits par la FHP-MCO et l'AFC-UNHPC ont été publiés pour valoriser les initiatives et afficher l'engagement de tous.

Bravo à toutes les équipes !



Avril

Lancement de objectifreinsante.org



Vitrine de la FHP-REIN, cette plateforme (www.objectifreinsante.org), vise à partager avec le patient et le grand public une information fiable et complète qui répond de façon globale aux interrogations liées à la maladie rénale. Un espace privé, accessible sur mot de passe, propose aux adhérents de la FHP-REIN les textes de référence métier, les documents de compréhension des dossiers, les recommandations en cours, etc.

La FHP-REIN a également publié la campagne « Un rein, c'est pas rien. J'en prends soin » de promotion en santé auprès des centres de dialyse : des affiches et flyers ont été distribués aux patients et leurs accompagnants.

Mars et novembre



20^e et 21^e Club des médecins DIM

Le Club des médecins DIM a fêté ses 10 ans d'existence en 2021 !

En mars, le Club s'est tenu en visioconférence, et l'édition de novembre a été l'occasion de se retrouver en présentiel.

Au programme de ces journées : la campagne tarifaire MCO, les évolutions liées à l'information médicale, les réformes du financement des urgences, SSR et PSY, le point d'avancement du dispositif Druides, le management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux implantables et DM intra GHS...



Juillet



Journée des métiers

C'est sous un format hybride, présentiel et visioconférence, que cette journée des métiers s'est déroulée le 6 juillet à Paris.

L'occasion de faire le point sur les dossiers techniques qui ont occupé l'année 2021 : réforme des autorisations et du financement des urgences, financement à la qualité, gestion de la crise sanitaire, et responsabilité sociale des entreprises (RSE).



Septembre



12^e Congrès des représentants des usagers

Il s'est tenu en présentiel et a permis de renouer avec de vrais échanges. Chaque année, ce rendez-vous rassemble des directeurs d'établissements, des représentants d'associations de santé, d'usagers et des représentants institutionnels pour débattre sur la place de l'utilisateur et de son représentant dans le système de santé. Au programme : le point des associations de santé sur la crise sanitaire et la continuité des prises en charge, l'enjeu du parcours de soins et sa coordination, l'engagement patient, la place des différents acteurs dans la gouvernance et l'aménagement des territoires. En 2021 : 18 intervenants et une salle pleine, dans le respect des gestes barrières !



Séminaire stratégique à Bordeaux

Masqués et à distance, les administrateurs de la FHP-MCO ont renoué les fils d'une corporation éprouvée par la lutte contre l'épidémie du Covid. Entre Retex, réformes des autorisations et du financement, pénurie des soignants et inspiration internationale, ils ont arbitré une feuille de route syndicale à déployer dans un environnement malmené.



Octobre



5^e Club pharmacie

Le Club pharmacie a montré à nouveau tout l'intérêt de dédier un espace spécifique aux enjeux des pharmacies à usage intérieur. Cette 5^e édition au format hybride, présentiel et en visioconférence, a traité du management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux implantables, de la sécurisation du médicament, de la mise en place d'une interopérabilité des médicaments, et des outils d'aide à la validation pharmaceutique et à la dispensation.

Novembre



Atelier naissance

L'évolution des métiers de la naissance repose sur une démarche participative de tous les acteurs de la périnatalité.

Parentalité et attachement, dispositif des 1 000 premiers jours, proximité géographique et établissement de recours étaient au programme d'une demi-journée le 19 octobre 2021, animée par les interventions des Prs Damien Subtil et Vincent Letouzey et de Philippe Romac. Une synthèse des propos est à retrouver dans la newsletter spéciale « Atelier naissance », publiée le 17 novembre.





Retour sur le 5^e « atelier Naissance »

L'évolution des métiers de la naissance repose sur une démarche participative de tous ses acteurs, dont les 120 maternités privées. Le groupe expert Naissance organisait son 5^e atelier, le 19 octobre 2021 et invitait trois experts.

Extraits...

Le Pr Damien Subtil est chef du pôle femme, mère et nouveau-né à la maternité du CHU de Lille et président de IHAB (Initiative hôpital ami des bébés) France.

Le Pr Subtil pose d'emblée la notion des valeurs : « si l'on veut qu'une maternité réussisse et rende service, il faut se soucier d'abord des valeurs. Dans les grandes maternités comme les petites, les soignants aspirent à disposer de temps et à produire un travail de qualité, ils recherchent du sens à leur travail et de la reconnaissance. Des recherches ont démontré que la sécurité affective est aussi importante que les fonctions vitales. Nos maternités doivent être des lieux de sécurité physique mais nous avons un nouveau défi qui est la sécurité affective. »

Durant le Covid, les parents ont souffert d'être séparés et la relation père-mère-enfant a été contrariée. « Les conjoints, les coparents se lient par l'attachement à la naissance sur lequel se construit la parentalité. » Le Pr Subtil reconnaît que la résistance au changement des équipes est forte et qu'il faut du temps pour convaincre les soignants et les praticiens. « Trop de patientes n'ont pas assez d'aide ou de conseils, ou reçoivent des conseils dissonants. »

Le fonctionnement pyramidal est essentiel à la bonne tenue d'une maternité, souligne le Pr Subtil. Il recommande toutefois une démarche participative afin que les équipes se sentent parties prenantes de l'organisation des services, arguant « qu'aucun de nous ne sait ce que nous savons tous ensemble ».

Le Pr Vincent Letouzey est chef de service gynécologie-obstétrique à la maternité et assistance médicale à la procréation du CHU de Nîmes.

« La définition d'un CHU de recours est son niveau 3 soit sa capacité de réanimation néonatale, il accouche ses patientes de niveau 3 et reçoit les transferts. Cet établissement peut aussi être défini par la technicité de son plateau et ses ressources humaines. Ensuite, l'établissement est d'autant plus de recours qu'il sait l'activité qu'il ne peut pas prendre en charge pour des raisons de ressources humaines ou matérielles et qu'il doit transférer aux établissements voisins.

À l'inverse, pourquoi ne pas rentabiliser la présence 24/24 des médecins du CHU et les rendre accessibles à une communauté médicale du territoire qui se connaît bien ? Il faut miser sur un accompagnement spontanément d'égal à égal où l'un amène un plateau technique et l'autre une problématique.

L'éloignement géographique n'est pas qu'une question de kilomètres, c'est une corrélation entre les difficultés de territoire et les ressources périnatales. Les équipes en nombre suffisant et motivées cassent les distances, et à l'inverse, celles dégradées en termes de ressources humaines, créent de l'éloignement. Les équipes et le projet d'établissement doivent être communautaires sur le territoire. »

Philippe Romac est chargé de l'enfance et des familles au cabinet du secrétaire d'État auprès du ministre des Solidarités et de la Santé.

Philippe Romac a rappelé le rôle essentiel des maternités et des maisons de naissance, qui sont un passage universel dans le cadre de l'accouchement. Rappel des points saillants du dispositif des « 1 000 premiers jours ».

L'entretien prénatal précoce est désormais obligatoire depuis mai 2020. Il est réalisé au sein de la maternité ou en ville, par une sage-femme ou un médecin. Deux entretiens postnataux deviennent aussi obligatoires autour de la 5^e semaine après l'accouchement, puis de la 12^e, assurés par un médecin, une sage-femme ou une infirmière puéricultrice.

Des outils ont été mis en place en 2021 pour sensibiliser et informer : le site 1000-premiers-jours.fr regroupe des informations scientifiques et des conseils, une application pour les smartphones, et deux campagnes de communication à destination des professionnels de santé et du grand public. De plus, chaque déclaration de grossesse à la CAF déclenche désormais l'envoi aux futurs parents d'un livret papier sur les 1 000 premiers jours. Enfin, une bébé box sera déployée avec l'aide des maternités dès février-mars 2022.



Club pharmacie

Ce groupe de professionnels est un lieu de partage d'expérience et d'entraide. Le Club pharmacie s'est réuni pour la cinquième fois le 18 novembre.

Les sujets d'actualité ne manquent pas

Le management de la qualité du circuit des dispositifs médicaux (DM) est en phase de développement. Dans un contexte de remise en cause de la sécurité des DM implantables, une nouvelle réglementation européenne pour renforcer la sécurité des DM a été publiée le 29 septembre 2021.

Le codage intra-GHS est également devenu « enjeu majeur » du suivi et de la bonne connaissance des pratiques de prescription des dispositifs médicaux pour analyser leur usage en vie réelle et favoriser leur juste prescription. Le suivi de l'usage des DM sera assuré dans le PMSI via la liste intra-GHS. La problématique de la sécurisation du médicament a également été abordée et a donné lieu à de nombreux échanges concernant à la fois les aspects de conciliation médicamenteuse et de bonnes pratiques, et le volet système d'information.

Au programme également des sujets de fond

Les travaux de la task force ont été lancés. Ils visent à une mise en place de l'interopérabilité des médicaments. Cette thématique nationale impacte, à la fois les officines de ville et les PUI, sur les trois points principaux que sont : la synthèse médicamenteuse, le référentiel neutre du médicament, et les posologies et statuts du médicament.

Enfin, l'intelligence artificielle influe le métier de pharmacien en établissement de santé. Une présentation de l'analyse des ordonnances par le CHU de Lille a été effectuée. Les premiers retours d'expérience démontrent une amélioration des pratiques.

Club des médecins DIM

Depuis octobre 2011, le Club des médecins DIM se réunit deux fois par an (mars/avril, novembre/décembre). En 2021 ont eu lieu les 20^e et 21^e éditions.

L'objectif est de renforcer le partage d'expérience entre médecins DIM du secteur privé et permettre de faire entendre aux tutelles (Assurance maladie, ATIH, DGOS...) les problématiques rencontrées par la profession et les spécificités de l'hospitalisation privée.

La **20^e édition** s'est à nouveau déroulée en visioconférence au vu du contexte sanitaire. 100 participants étaient connectés ! Les intervenants de la DGOS ont présenté les orientations de la campagne tarifaire MCO 2021 et un panorama des réformes de financement. Les intervenants de l'ATIH ont exposé les nouveautés liées à l'information médicale en 2021.

La **21^e édition** s'est tenue en présentiel, ce qui n'avait pas été le cas depuis deux ans. Tous les participants étaient heureux de se retrouver pour partager entre pairs. L'ATIH a présenté l'état d'avancement du dispositif Druides, qui impacte le travail au quotidien des médecins DIM ; les représentants de la DGOS sont intervenus sur le sujet du management de la qualité du circuit des DMI et celui des DM intra GHS ; la FHP-SSR et la FHP-PSY ont exposé la réforme du financement SSR et PSY.

Lors de ces deux éditions, le point d'actualité FHP-MCO a été l'occasion de partager sur la réforme du financement des urgences, la réforme des autorisations, le dispositif IFAQ, le sujet des RIHN, la mise en œuvre du dispositif de rescrit, ainsi que les évolutions envisagées pour la campagne tarifaire 2022 (classification, recueil, information médicale, etc.).

Merci à tous les intervenants et les participants pour leur implication !



SYNDICATS ASSOCIÉS

Association française de cancérologie Union nationale hospitalière privée de cancérologie



Comme en 2021 l'année a été placée sous le signe de la pandémie Covid. Mais parce que l'ensemble des professionnels se sont mobilisés, tous ont appris des évènements de 2020.

En effet, notamment avec le support du Comité Covid et cancer, coordonné par l'INCa, les professionnels de la cancérologie (réseaux, 3C, fédérations, chirurgiens, oncologues, radiothérapeutes, etc) ont tout fait pour ne pas procéder à des déprogrammations massives de chirurgie cancérologique comme celles du printemps 2020. Grâce aux travaux de l'INCa qui ont chiffré les interventions non réalisées en 2020, et les pertes de chance induites, de nouvelles règles ont pu être aménagées en 2021 : en cas de déprogrammation nécessaire, les interventions de chirurgie cancérologique ont pu être préservées. Ces situations de crise ont démontré que les collaborations interétablissements étaient tout à fait efficaces, quel que soit leur statut, quand l'intérêt du patient est l'objectif principal partagé !

De la même façon les centres de dépistage ont continué leur activité pendant toute l'année.

L'AFC-UNHPC a bien sûr participé activement à l'ensemble de ces travaux au rythme d'une réunion par semaine.

RIHN, suite...

L'AFC-UNHPC a porté son message auprès de tous les interlocuteurs concernés, par exemple de la Cour des comptes et a participé à un travail collectif avec l'envoi d'un état de la situation au ministre de la Santé en été 2021. Ce travail a été très soutenu par le Pr Axel Khan, président de la Ligue, qui a encouragé cette voie avant son départ. Le ministère réfléchirait à la question...

Les travaux sur la réforme des autorisations ont repris à l'automne. Ils étaient déjà grandement avancés, mais les incertitudes concernant les soins critiques et leurs conséquences sur la chirurgie du cancer sont fortement inquiétantes. Une phase de concertation finale est encore prévue au premier semestre 2022 pour réagir aux propositions de textes finalisées. 4 années auront été nécessaires pour achever des travaux démarrés avec l'INCa en 2018 !

Des points de vigilance demeurent : le maintien d'USC (ou équivalent) non obligatoirement adossées à une réanimation, des seuils de chirurgie cohérents mais qui ne doivent pas être détournés par les GHT, un fonctionnement des RCP adapté aux activités des établissements, etc.



En routine

- ✦ L'AFC-UNHPC informe régulièrement ses adhérents : **295 mails d'info**, y compris la revue de presse, ont été diffusés, ainsi que **28 mails « Les Actus »**.
- ✦ Des **réunions de bureau**, un peu moins nombreuses en fonction de l'actualité, se sont tenues.
- ✦ L'AFC-UNHPC a de même participé aux réunions de la FHP, au conseil d'administration de l'INCa, etc.
- ✦ De plus, **5 numéros du Fil bleu** et **11 du Fil rose** ont été diffusés en collaboration avec la FHP-MCO.



Dr Denis FRANCK,
président



Dr Anne MALLET,
secrétaire nationale

www.unhpc.org

Gestion de l'épidémie du Covid

La FHP-REIN a dénoncé l'hétérogénéité des réponses régionales à une vaccination prioritaire pour les patients insuffisants rénaux, non identifiés comme public à haut risque lors de la première liste, puis le manque d'organisation dans leur priorisation par la suite. Le syndicat a également sollicité la priorisation à la vaccination des patients en présuppléance, comme l'ensemble des professionnels des structures de dialyse. La FHP-REIN a enfin demandé que tous les centres de dialyse le souhaitant puissent vacciner leurs patients, même si cette organisation est complexe.

Campagne tarifaire et Ségur de la santé

La campagne tarifaire 2021 marque un arrêt des mesures discriminatoires à l'encontre de l'activité d'insuffisance rénale. La FHP-REIN a été entendue pour que les centres de dialyse soient traités comme les autres établissements de santé dans la campagne.

Forfait MRC

Le forfait MRC vise à retarder la décision médicale de dialyser les patients. La FHP-REIN, membre du groupe de travail ministériel « forfait MRC », sollicitée sur les indicateurs qualité venant moduler le tarif 2021, a travaillé avec les néphrologues dans ce débat médical. 7 indicateurs qualité ont été au final retenus par la DGOS pour le recueil obligatoire en 2021.

Réforme des autorisations

La FHP-REIN a tenu une position novatrice mais s'est heurtée à un fort conservatisme des acteurs, y compris des praticiens libéraux. Elle continue à porter une position du « qui peut le plus peut le moins » et un assouplissement des normes de personnel.

Éducation thérapeutique : évolution réglementaire

La FHP-REIN a accordé une attention particulière à l'évolution du cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance des patients insuffisants rénaux chroniques et de celui de l'éducation thérapeutique.

Soins intensifs et SSR néphrologiques

La FHP-REIN a proposé la reconnaissance des soins intensifs néphrologiques dans la réforme des soins critiques. De même, elle a lancé une réflexion avec la FHP-SSR sur une mention « néphrologie » dans les soins de suite et de rééducation et a produit une note de travail pour identifier cette nouvelle filière spécifique.

Communication

www.objectifreinsante.org :
une plateforme d'information

Vitrine de la FHP-REIN, cette plateforme lancée en 2021 vise à partager avec le patient et le grand public une information fiable et complète qui répond de façon globale aux interrogations liées à la maladie rénale ; un espace privé, accessible sur mot de passe, désormais proposé aux adhérents de la FHP-REIN.

Quatre newsletters FHP-REIN ont été publiées afin de mettre en avant la place des centres de dialyse privés et les actions syndicales de la FHP-REIN.

Partenariat auprès des organisations d'utilisateurs

La FHP-REIN a soutenu la campagne de communication et de prévention sur la maladie rénale portée par France Rein à l'occasion de la Semaine nationale du rein 2021.

Par ailleurs, elle a poursuivi sa participation active dans la formation patient/aidant pilotée par France Rein. Un kit national de contenus permettant d'animer les ateliers et d'initier les échanges dédiés aux professionnels a été constitué.

- ♦ 6 conseils d'administration
- ♦ 1 atelier et 1 assemblée générale

La FHP-REIN participe activement aux travaux conduits par la tutelle notamment aux réunions et interpelle régulièrement les services de l'État.

- ♦ Mise en place du forfait MRC : 3 réunions
- ♦ Copil gestion de crise Covid : 2 réunions



Sophie Busquet de Chivré est la référente de la FHP-REIN



Vincent LACOMBE,
président



www.objectifreinsante.org

COMMUNICATION 2021



Numérique

www.fhpmco.fr

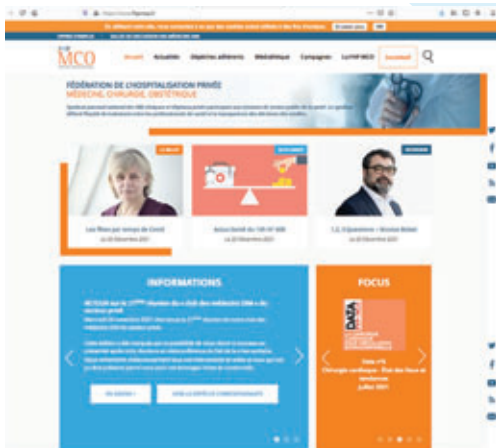


En 2021, le site a comptabilisé **145 272 visites**.

Le « **Social wall** » permet de regrouper sur une même page internet l'ensemble des contenus partagés par les établissements de santé sur leurs différents réseaux sociaux (Facebook, Twitter). Son principal objectif est de démultiplier la communication et l'image de marque de nos adhérents. En 2021, nous comptabilisons **5 378 visites**.

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 2021, nous comptabilisons **639 abonnés**.

<http://feeds.feedburner.com/FHPMCO>



Twitter

Le nombre d'abonnés du compte @fhpmco est de **4 420**.

Sur l'entièreté de l'année 2021, la page Twitter a obtenu **200 nouveaux followers**.

Un fil de dépêches



Les permanents de la FHP-MCO produisent des aides à la décision sous forme de dépêches publiées au fil de l'actualité du secteur. Alertes, informations techniques, ce support digital est un soutien aux managers et cadres des cliniques MCO. **Plus d'une centaine de dépêches ont été publiées**.

Le 13h



Le lundi est le jour du « 13h », la newsletter numérique a fêté sa 600^e édition fin octobre. 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.



Suivez la FHP-MCO

Twitter : @fhpmco

Flux RSS : <https://bit.ly/3nDMmEx>

Social Wall : www.fhpmco.fr/socialwall

Des Fils de couleur pour nous relier



11 numéros de **Fil rose** pour promouvoir le dépistage du cancer du sein et 5 du **Fil bleu** pour développer celui du cancer du côlon ont été nécessaires pour témoigner de près de 90 initiatives de terrain d'une part, et 30 d'autre part. Ces fils tissent une communauté d'acteurs qui ont redoublé d'énergie après une chute des dépistages en 2020.

Les lecteurs y trouvent leur intérêt. Ces fils dynamisent l'animation du réseau des établissements de santé privés.



Espace partenaires : ensemble créateur de valeurs 2 éditions spéciales



Les industriels et les prestataires de service sont les partenaires au quotidien des cliniques et hôpitaux privés. Ce sont aussi ceux de la FHP-MCO qui ont soutenu la journée des métiers de la FHP-MCO en juin 2021.

Nous leur avons ouvert un espace de dialogue pour les remercier.



Le 5^e atelier naissance



Le groupe expert Naissance de la FHP-MCO suit depuis le début le projet dit des « 1 000 premiers jours » en faveur d'une approche globale de la parentalité, en écho aux nombreuses initiatives des 120 maternités privées. Le 19 octobre 2021, un atelier naissance en visioconférence accueillait de grands protagonistes sur le sujet. Le 17 novembre une édition spéciale numérique invitait à découvrir les propos des invités.



UN REIN C'EST PAS RIEN !
J'EN PRENDS SOIN

JE M'INFORME J'AGIS
JE ME SOIGNE JE VIS AVEC LA MALADIE

www.objectifreinsante.org

Le site de la FHP-REIN pour vous aider à préserver la bonne santé de vos reins. Un site internet vous permettant d'accéder aux informations et conseils de vie indispensables pour comprendre et vous accompagner au cours de votre maladie rénale.

Objectif rein Santé
REIN

FHP-REIN



www.objectifreinsante.org : une plateforme d'information

Vitrine de la FHP-REIN, cette plateforme lancée en 2021 vise à partager avec le patient et le grand public une information fiable et complète qui répond de façon globale aux interrogations liées à la maladie rénale. Un espace privé, accessible sur mot de passe, propose désormais aux adhérents de la FHP-REIN les textes de référence métier, les documents de compréhension des dossiers, les recommandations en cours, etc.

La FHP-REIN a également publié la campagne « **Un rein, c'est pas rien. J'en prends soin** » de promotion en santé auprès des centres de dialyse : des affiches et flyers ont été distribués aux patients et leurs accompagnants.

La FHP-REIN a publié 4 newsletters afin de valoriser l'activité des centres de dialyse privés et les actions syndicales de la FHP-REIN.





Print

5 minutes pour comprendre



La FHP-MCO décortique des dossiers complexes pour en restituer un résumé à lire en 5 minutes. En 2021, la campagne tarifaire était expliquée (5 minutes pour comprendre n°15).

DATA FHP-MCO

Deux Data FHP-MCO sont venus compléter la collection en 2021 : DATA n° 5 Réanimation et DATA n°6 Chirurgie cardiaque sous circulation extracorporelle. Ces analyses médico-économiques réalisées par le Dr Michèle Brami, ex-médecin conseil du syndicat, sont disponibles dans la médiathèque de la FHP-MCO.



Dialogue Santé

Quatre fois par an, la FHP-MCO entame un dialogue sur une thématique métier avec le corps médical exerçant dans les cliniques MCO. En 2021, le syndicat s'est penché en janvier sur le service d'accès aux soins : SAS (n°36), en avril sur la nouvelle certification de la HAS (n°37), en septembre sur le développement durable en santé (n°38) et en novembre sur l'avenant 9 de la convention médicale (n°39).



Actes du 12^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.

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.



ANTI JARGON



AAC	Autorisation d'accès compassionnel	CSIS	Conseil de surveillance des investissements en santé
AMC	Assurance maladie complémentaire	CTRU	Comité technique régional des urgences
AME	Aide médicale d'État	DAC	Dispositif d'appui à la coordination
AMM	Autorisation de mise sur le marché	DIM	Département d'information médicale
AMP	Aide médico-psychologique	DM	Dispositif médical
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance	DMI	Dispositifs médicaux implantables
APP	Autorisation d'accès précoce	DRUIDES	Dispositif de remontée unifié et intégré des données des établissements de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	EBL	Établissement à but lucratif
ATUc	Autorisation temporaire d'utilisation de cohorte	EBNL	Établissement à but non lucratif
ATUei	Autorisation temporaire d'utilisation d'extension d'indication	ENC	Études nationales de coûts à méthodologie commune
ATUn	Autorisations temporaires d'utilisation nominative	EPS	Établissement public de santé
CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et d'efficacité des soins	ETAPES	Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé
CAT	Conduite à tenir	FAU	Forfait annuel des urgences
CBUM	Contrat de bon usage du médicament	Forfait SE	Sécurité environnement
CCAM	Classification commune des actes médicaux	FFM	Forfait de petit matériel
CCES	Commission de certification des établissements de santé	GHM	Groupe homogène de malades
CMD	Catégorie majeure de diagnostic	GHS	Groupe homogène de séjours
CMU	Couverture maladie universelle	GT	Groupe de travail
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire	HAS	Haute autorité de santé
CNAM	Caisse nationale d'Assurance maladie	HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	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
IQSS	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
IUD	Identifiant unique des dispositifs
QVT	Qualité de vie au travail
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MIGAC	Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
MRC	Maladie rénale chronique
ONDAM	Objectif national des dépenses d'Assurance maladie
ONVS	Observatoire national de la violence en milieu de santé
OQN	Objectifs quantifiés nationaux
PAERPA	Personne âgée en risque de perte d'autonomie
PAPRAPS	Plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins
PDES	Permanence des soins en établissement de santé
PECT	Prise en charge temporaire
PIA	Prestation inter activité
PIE	Prestation inter-établissements
PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
Post-ATU	Postautorisation temporaire d'utilisation
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RIHN	Référentiel des actes innovants hors nomenclature
RETEX	Retour d'expérience
ROC	Remboursement des organismes complémentaires
RSE	Responsabilité sociale des entreprises
RTU	Recommandations temporaires d'utilisation
RUM	Résumé d'unité médicale
SAS	Service d'accès aux soins
SFNDT	Société francophone de néphrologie dialyse et transplantation
SIGAPS	Système d'interrogation, de gestion et d'analyse des publications scientifiques
SIGREC	Système d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques
SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarification à l'activité
TP	Tiers payant
UCDF	Union des chirurgiens de France
UEHP	Union européenne des hôpitaux privés
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée



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

Rapport d'activité FHP-MCO 2021.

Rédaction : équipes FHP-MCO et BVM Communication.

Crédits : AdobeStock, iStock, Pixabay, Shutterstock, FHP-MCO, @Franck Dunouau, Clinique du Millénaire, Agence La Fonderie, BVM Communication

Maquette : BVM Communication – Janvier 2022.

Imprimé en France.



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2021

RELANCER

En mars 2021, nous actions 12 mois d'une lutte continue contre l'épidémie du Covid, puis sont arrivées les troisième, quatrième, et cinquième vagues. 2021 a été une nouvelle année de déprogrammations, reprogrammations, puis de relance de l'activité.

Les managers ont géré simultanément trois fronts : la gestion de l'épidémie, le maintien et la relance de l'activité de soin dans un contexte de démographie médicale et paramédicale délétère, et la préparation de l'avenir. La crise sanitaire s'est révélée un accélérateur du changement, celui des esprits et des pratiques.

En 2021, l'hospitalisation privée a gagné des lettres de noblesse qu'elle doit désormais défendre avec pugnacité.

Bonne lecture du rapport d'activité 2021 !