

Lundi 27 OCTOBRE 2014

## Edito



Mesdames et Messieurs les présidents de CME,

Nous sommes à la veille d'une intention de changement profond du paysage de la santé de la part de l'Etat, qui ignore, les médecins libéraux spécialistes et notamment ceux qui exercent en établissement privés.

Cette newsletter est donc entièrement consacrée à l'analyse de ces évolutions attendues et pour certaines quasiment actées.

Deux éléments majeurs y concourent, avec le PFLSS2015 en discussion au parlement et le projet de Loi de santé qui vient d'être présentée en conseil des ministres.

**D'abord le PFLSS 2015** en discussion à l'assemblée nationale, qui a déjà adopté des mesures qui ignorent les libéraux, et refusé tous les amendements proposés par la CNPCMEHP.

Je ne reviendrais pas sur le tiers payant en marche avec sa mise place pour l'ACS, et qui selon le projet de loi de santé prévoit une généralisation pour 2017. La CNPCMEHP est évidemment opposé au principe de généralisation, ce d'autant qu'en établissement il est la règle pour la grande majorité de nos activités.

Attardons nous sur les éléments qui impactent les missions des CME :

- l'article 36 du PFLSS qui traite de la qualité et la gestion des risques, refuse toute participation des représentations des CME à la construction et l'évaluation des indicateurs prévalant à la mise en place pour les établissements d'une part de leur rémunération à la performance. C'est un véritable retour en arrière de qui avait été conçu pour les CME par la loi HPST.

*« La liste des indicateurs pris en compte pour l'évaluation des critères ainsi que les modalités de calcul du score sont définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. ».*

Les amendements proposés par la CNPCMEHP avec l'aide de la CSMF, pour introduire la participation de la représentation nationale des CME à ces outils ont tous été rejetés, c'est l'état seul qui décrète et arrête cette liste.

- Le PFLSS prévoit également dans le même article *« Le contrat d'amélioration des pratiques comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. Il porte sur les activités de l'établissement, ainsi que sur la coordination avec les autres professionnels et structures assurant la prise en charge des patients de l'établissement, susceptibles de présenter des risques pour la qualité de la prise en charge. »*

Ce contrat d'amélioration des pratiques fera l'objet la signature dans le cadre du CPOM entre l'établissement et l'ARS, sans qu'il soit prévu aucun avis de la CME. Je le rappelle ces « indicateurs et leur limites » seront décidés par les tutelles, sans les représentations nationales des CME.

Par ailleurs la CNPCMEHP a l'année dernière publié un livre blanc, faisant la promotion du développement des parcours de soins et la participation des CME au décloisonnement ville-hôpital, en investissant les travaux menés par les URPS sur ces parcours de soins. Plusieurs URPS travaillent actuellement sur le parcours de soins après chirurgie ambulatoire, afin de sécuriser la prise en charge de patients plus complexes, qui pourraient être éligible à ce mode de prise en charge.

- Mais voilà qu'apparaît un amendement dans le PFLSS2015 adopté en séance après l'article 37 : « *l'État peut autoriser, par dérogation à l'article L. 6111-1 du même code, les établissements de santé à proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation.* »

Il est légitime de se poser quelques questions. Pourquoi répéter à l'envie que l'HAD ne peut être la suite de la chirurgie ambulatoire et autoriser des hôpitaux post opératoires. Qui va suivre les patients, et assurer les soins ? Pourquoi mobiliser des ressources humaines près des hôpitaux alors qu'il faut fixer l'activité dans les zones rurales.

Concernant le financement la logistique sera financée par le Fond d'Intervention Régional, et le prix de la nuit hôtelière par l'assurance maladie. Il y a fort à parier que dans le contexte de l'ONDAM ce soit encore l'enveloppe de ville qui participe.

Vous pouvez compter sur la CNPCMEHP pour demander des éclaircissements maintenant et pour s'exprimer lors de la rédaction du Décret d'application prévu par ce même PFLSS.

#### Après cet apéritif passons au plat de résistance que constitue **le projet de Loi de santé adopté ces jours derniers en conseil des ministres**

Le projet de loi propose (I) de renforcer la prévention et la promotion de la santé, (II) de faciliter au quotidien le parcours de santé des Français, (III) d'innover pour garantir la pérennité du système de santé et (IV) de renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire. Enfin, il introduit plusieurs mesures de simplification (V).

En langage décodé à l'usage des médecins spécialistes exerçant en établissement qu'est-ce que cela veut dire, et quels en sont les impacts sur notre exercice ?

#### Titre II : FACILITER AU QUOTIDIEN LES PARCOURS DE SANTE

- C'est l'introduction du service territorial de santé au public, tourné résolument vers une articulation hôpital public – médecine de 1<sup>er</sup> recours avec le renforcement des centres de santé, et une articulation autour des regroupements hospitaliers de territoire que nous aborderons plus loin.
- C'est le tiers payant généralisé, pour quels objectifs ? quand on sait que déjà les populations qui bénéficient de la CMU et bientôt celles de l'ACS en bénéficient. De façon identique lorsqu'il s'agit de soins coûteux le tiers payant est déjà la règle. L'expérience des pharmaciens est tellement concluante qu'ils ont été contraints d'engager un personnel dédié à la récupération de ces tiers-payants.
- C'est le fameux « service public hospitalier » de droit pour les hôpitaux publics, facilité pour les établissements privés à but non lucratif, et à la discrétion des ARS pour les établissements privés. Ce service public hospitalier requiert dans son cahier des charges, la nécessité de prendre en charge tous les patients urgence et programmé en tarif opposable. C'est la mort du secteur II, et l'ignorance la plus totale pour les contrats d'accès aux soins pourtant défendu à l'époque par notre Ministre de tutelle, mais qui semble l'avoir soudainement oublié. Reste que les chefs de service des CHU ne sont pas prêts pour la plupart d'entre eux à renoncer à leur secteur privé, à l'intérieur même du service public hospitalier. Comment en droit français et européen créer une telle distorsion ?
- Les groupements hospitaliers de territoire, héritiers des communautés hospitalières de territoire, seront un des outils essentiels du dispositif de service territorial de santé au public. Les établissements de santé privés n'en sont pas exclus à proprement parler, mais ils seront contraints d'adopter le projet médical de ces groupements hospitaliers de territoire. Cela relève de la plus pure utopie.

### Titre III : INNOVER POUR GARANTIR LA PERENNITE DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

- La formation des médecins et notamment la formation continue, via le DPC est confiée exclusivement à l'Université, les missions des Conseils scientifiques indépendants (CSI) seront recentrées sur la qualité de l'offre du DPC.
- C'est la création d'exercices en pratique avancée pour les professions paramédicales. Le principe initial de former des personnels à la coordination n'est pas un mauvais principe. Exclure les médecins libéraux spécialistes et les établissements privés de la gouvernance de ces nouveaux personnels, et décider de façon réglementaire des transferts de tâches non négociés avec les médecins, ce sont des mauvais principes.
- C'est enfin l'accès pour les établissements privés à l'innovation thérapeutique, c'est un de rares aspects positif de cette loi pour notre exercice.

### Titre IV : RENFORCER L'EFFICACITE DES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA DEMOCRATIE SANITAIRE

- C'est un renforcement des missions des ARS
- C'est une reprise en main par l'état de l'espace de négociations entre les médecins libéraux et l'assurance-maladie, les négociations ne servant qu'à entériner les décisions préalables de l'état.
- C'est la possibilité donnée aux ARS de réguler l'installation des médecins libéraux
- C'est un renforcement du rôle des usagers au travers de la « commission des usagers qui va remplacer la CRUQPC.
- C'est l'extension de la possibilité des « action de groupes » au domaine de la santé.
- C'est l'ouverture possible de l'accès aux données de santé, second élément véritablement positif.
- C'est une réorganisation des CME dans les hôpitaux publics, et c'est la prise en compte pour les CME des établissements privés que le statut à but lucratif et non lucratif a de réels impacts sur les missions qui sont ou pourraient être confiées aux CME.

### Titre V : MESURES DE SIMPLIFICATION

- Elles concernent les GCS, permettant aux outils des établissements sanitaires et médico-sociaux de converger
- Elles simplifient les procédures administratives et fiscales de ces GCS.

En conclusion, c'est un axe hôpital public – médecine de premier recours qui se profile, oubliant les spécialistes libéraux et notamment ceux exerçant en établissement.

Sans avoir systématiquement une analyse négative, force est de constater que le renforcement de l'étatisation, la perte de gouvernance des médecins libéraux au travers du service territorial de santé, des groupements hospitaliers de territoire, et des nouveaux métiers de coordination des parcours associé à un transfert de tâche non négocié, sont autant d'atteinte aux principes qui régissent l'activité libérale.

Le service public hospitalier qui discrimine, et qui à n'en point douter aura des répercussions sur les régimes d'autorisation, n'est pas non plus de nature à enthousiasmer les médecins libéraux exerçant en établissements.

La CNPCMEHP s'est toujours positionnée comme une instance non pas de défense des praticiens qui est l'apanage des syndicats, mais dans un esprit constructif, comme elle l'a démontré au lendemain de la loi HPST qui lui confiait de véritables missions, qu'elle continue à assumer encore bénévolement au bénéfice des patients.

Mais aujourd'hui elle ne peut rester insensible au désarroi profond des médecins qui composent les CME des établissements privés, et elle est prête, si des gages ne sont pas donnés rapidement, à soutenir et à participer aux mouvements proposés par les syndicats, en réponse à la colère des médecins libéraux en particulier spécialistes qui exercent dans les établissements de santé privés.

**Dr Jean Luc BARON**  
**Président de la CNPCMEHP**

Documents et liens :

[PFLSS2015](#)

[Projet de Loi de santé texte présenté en conseil des ministres le 15 octobre 2015](#)

[Projet de Loi de santé exposé des motifs](#)

## Actualités

toutes les actus des CME

La CNPCMEHP organise sa **XIX<sup>ème</sup> journée nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée, le samedi 13 décembre 2014** de 9H à 15H30 à Paris à l'espace Laroche foucaut (Paris IX<sup>ème</sup>)

Programme et inscriptions : [cliquez ici](#)

C.N.P.C.M.E.H.P.

© cnpcmehp.com – 2014  
Conception DIXIT Consulting