

Université de Lille

Faculté Ingénierie et Management de la Santé - ILIS

***Master Ingénierie de la Santé parcours Healthcare Business et Recherche Clinique
spécialité Healthcare Business***

Enjeux et défi du passage de l'achat à la location des équipements médicaux onéreux (EMO)

Sous la direction : « Alexandre Wallard »

Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master

***Master Ingénierie de la Santé parcours Healthcare Business et Recherche Clinique spécialité Healthcare
Business – Année universitaire 2018-2019***

Date de la soutenance :

18 juillet 2019 à 14 h

Composition de jury :

- Président de jury : Hélène GORGE
- Directeur de mémoire : Alexandre WALLARD
- 3ème membre de jury : Didier BOIDART

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé - ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

Remerciements

Cette année de Master 2 Healthcare Business en contrat d'apprentissage, entre les cours de l'ILIS et PHILIPS a été laborieuse mais surtout enrichissante. La rédaction de ce mémoire de fin d'année et l'ensemble de ces années d'études à l'ILIS ainsi que les expériences acquises durant mon cursus, m'ont permis d'aboutir à un projet professionnel réfléchi et en cohérence avec mes ambitions.

En premier lieu, je tiens à remercier Madame Hélène Gorge, Responsable de la spécialité Healthcare Business, et Monsieur Alexandre Wallard, en qualité de directeur de mémoire pour leurs aides dans la définition de ma problématique et dans le développement de mon mémoire de fin d'études.

J'adresse mes sincères remerciements à mes collègues de l'équipe PROS à savoir Monsieur Thibaut Baudson, en qualité de Modality Specialist, et Monsieur Didier Boidart, Field Marketing Manager, pour l'accompagnement chaleureux et l'apprentissage productif, qui m'a été consacré depuis mon arrivée chez PHILIPS.

Je remercie également, Monsieur Olivier DENAYER, Doyen de la faculté d'ingénierie et management de la santé, pour m'avoir permis d'effectuer cette année de Master 2 Healthcare Business dans les meilleures conditions possibles, ainsi que Madame Marjorie Femery, Responsable de scolarité des apprentis, pour le dévouement accordé à ses fonctions.

Enfin, je tiens à remercier ma famille ainsi que mes amis pour leurs encouragements et leur soutien apportés tout au long de ces années.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Glossaire	5
Table des illustrations	7
Introduction	1
Partie 1 : une nouvelle aire économique	3
I. L'économie collaborative	3
II. L'adaptation de l'Economie collaborative dans la santé	6
III. Conclusion de la partie.....	7
Partie 2 : les acteurs de notre système de santé et les modalités d'acquisition des équipements médicaux	8
I. Les acteurs du système de santé	8
1) ARS.....	8
2) Les établissements de santé :.....	8
3) Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).....	9
4) Établissements privés.....	11
II. Modalités d'acquisition d'équipements	12
1) L'Achat dans le secteur public.....	12
2) Les marchés négociés sans mise en concurrence (MNSMC)	16
3) Location	16
4) Crédit-bail.....	17
III. Le forfait technique.....	17
1) Règlementation sur les forfaits techniques	17
2) La tarification des forfaits techniques.....	18
IV. Conclusion de la partie.....	20
Partie 3 : la stratégie à adopter pour le financement des EML	21

I. Une évolution collaborative : Le passage à la location	21
1. Les nouveaux financements proposés par les industriels	21
II. Le projet OPTIM :	23
III. Présentation de l'entreprise PHILIPS :.....	24
1. Histoire de Philips	24
2. Les secteurs d'activités de PHILIPS.....	24
3. L'imagerie lourde [26]	28
4. Les Hospices Civils de Lyon (HCL) :	31
IV. Le projet GOPI PHILIPS	31
1) La procédure établie par les HCL.....	32
2) Un périmètre défini.....	34
3) Le projet GOPI de PHILIPS	34
4) Un modèle répondant à un environnement en mutation	37
V. L'économie circulaire de PHILIPS :.....	38
VI. Recommandation.....	39
1) La T2A :	39
2) La facturation des fournisseurs EDF et GDF :.....	40
3) De la Tarification à l'Activité à la Tarification à l'Acte :.....	41
Conclusion	43
Annexes.....	I

Glossaire

ARS : Agence Régionale de santé

BOAMP : Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics

CAM : Caisse d'assurance Maladie

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHT : Communauté Hospitalière de Territoire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DRB : Direction des Ressources Biomédicales

EDF : Electricité de France

EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées indépendantes

EML : équipements matériel lourd

EPRD : Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses

ESPIC : Etablissement de Santé privé d'Intérêt Collectif

FIDES : Facturation Individuelle des Etablissements de Santé

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GDF : Gaz de France

GHS : Groupement Homogène de Séjour

GHT : Groupement hospitalier de territoire

GOPI : Gestion Optimisée du Parc d'Imagerie

HAD : Hospitalisation à Domicile

HCL : Hospices Civils de Lyon

HP : Hospitalisation Programmée

HT : Hors taxe

IB : Ingénieur Biomédical

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LOA : Location avec Option d'Achat

MAPA : Marché à Procédure Adapté

MNSMC : Marché négocié sans mise en concurrence

PIB : Produit Intérieur Brut

PIPAME : Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

T2A : Tarification à l'Activité

TEP : Tomographie par Emission de Proton

UGAP : Union des Groupements d'Achats Public (Centrale d'achat public)

UniHA : Union des Hôpitaux pour les Achats (Réseau coopératif d'achat groupé)

USA : *United States of America* les états unies d'Amérique

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VTC : Voiture de Tourisme avec Chauffeur

Table des illustrations

Figure 1: L'intégration de l'économie collaborative dans les différents besoins et activités	4
Figure 2: Quelques acteurs emblématiques des différents secteurs d'activité (Nomadeis, 2014)	5
Table 1: Comparaison de l'évolution de la consommation de soins entre 2006 et 2015	10
Figure 3: Les différents parcours	11
Table 2: Tarifs des forfaits techniques des scanners au 13 février 2017	19
Figure 4 : Siemens Financial Services en quelques chiffres	22
Figure 5: Des solutions innovantes pour le continuum de santé et de soins	25
Figure 6 : Philips Personal Health et Philips Healthcare	26
Figure 7: IRM Ingenia Elition 3.0T X de PHILIPS	28
Figure 8: Scanner Big Bore RT PHILIPS : Scanner de radiothérapie PHILIPS	29
Figure 9: PET Scan PHILIPS : VEREOS TEP/TDM Numérique de PHILIPS	30
Figure 10: Chiffres de l'activité des HCL	31
Figure 11: le pourcentage d'évaluation des critères de choix du fournisseur pour le projet GOPI	33
Figure 12: Le projet GOPI en chiffre	35
Figure 13: Partenariats PHILIPS pour la GOPI en Europe	36
Figure 14: Model répondant à un environnement en mutation	37
Table 3: Avantages du passages à la T2A	42
Table 4: Illustration remboursement en Forfait Technique (FT) sur un Scanner	42

Introduction

La troisième révolution industrielle, a apporté un nouveau mode de consommation issu d'une économie collaborative. Les innovations, les nouvelles énergies, ainsi que l'organisation économique qui découle des deux premières sont des facteurs qui participent majoritairement à l'élaboration d'une économie circulaire. Cette dernière rend les consommateurs des acteurs économiques jouant un rôle principal et fondamental dans l'organisation économique. La crise financière de 2007 a permis de générer un nouveau moyen de subsistance qui est la mutualisation des biens et des services.

En France, l'industrie des dispositifs médicaux représente un fort potentiel collaboratif en recherche et développement. En effet ce dernier est constitué des laboratoires au sein de grands organismes de recherche et de centres hospitaliers universitaires. 690 projets de recherche et développement collaboratifs ont été recensés dans l'étude PIPAME (2011 – Ministère de l'industrie).

De plus, une étude publiée en février 2016 par la DGE « *E-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé* » a estimé le marché français de la e-santé entre 2 et 3 milliards d'euros. Celui-ci a permis d'employer entre 28 000 et 38 000 personnes. **[1]**

Autre exemple dans le cadre de l'évolution collaborative : une enquête du groupe Le Lab e-santé de juin 2015 démontre que 60% des personnes atteintes de maladies chroniques ont recours à des applications mobiles de santé dans le but de mieux gérer leurs pathologies. **[2]**

Cet ouvrage explique l'intégration de l'économie collaborative dans l'industrie médicale et dans le système de la santé. Plus précisément dans celui des nouvelles modalités d'acquisition, à savoir la location des équipements médicaux, matériels lourds (Scanner TDM, IRM et Pet scan). De plus, sont détaillés les enjeux apportés par ce changement pour les établissements de soins, les industrielles et la réglementation concernant notre système de santé. Le but étant de répondre à la problématique suivante : Quels seraient les avantages de la location des Equipements Médicaux Onéreux (EMO) pour les hôpitaux et pour les entreprises ?

Ainsi, le présent mémoire aborde dans un premier temps l'économie collaborative et le renversement qu'elle a apporté dans les différents secteurs, ainsi que de l'assimilation de l'économie circulaire à la santé. Ensuite, il est question de la présentation des différents acteurs du secteur médical, de la définition des différentes modalités d'acquisition, de l'explication du système de remboursement en forfait technique, et enfin, de la présentation des équipements médicaux lourds (onéreux).

Partie 1 : une nouvelle aire économique

I. L'économie collaborative

En 1990, le phénomène de mondialisation a fait naître une troisième révolution industrielle avec l'invention du web et de l'internet, grâce à l'intelligence virtuelle et intellectuelle. La troisième révolution industrielle a apporté plus de changement en 50 ans que durant les 5000 ans précédents. De cette troisième révolution industrielle est apparue une nouvelle conjoncture du système économique ; une économie horizontale et de relation directe tournée vers la mutualisation et le partage des biens, des connaissances et des services où les échanges sont basés sur la transparence, l'équité et la convivialité. [3]

L'échange de services ou de biens en remplacement d'un paiement officiel est par définition un troc. Son existence date de bien avant la manifestation de l'argent. Le numérique et l'internet ont rendu le troc plus accessible et plus facile. Ainsi, l'économie collaborative a vu le jour. Le contexte de crise économique de 2007 et les technologies numériques ont fait naître une économie de pair à pair. Elle doit son apparition à une activité humaine aspirant à créer de la valeur en commun (partage ou échange) établie sur une organisation du travail moderne comme citée dans le livre *"What's mine, is yours"* de l'entrepreneur Rachel Bostman, l'égérie de ce modèle économique. [4]

Le sens large de l'économie collaborative inclut les modes de vies collaboratifs, la production contributive, la culture libre, la finance collaborative et la consommation collaborative. Cette dernière connaît une expansion exponentielle avec le prêt, la location ou encore l'achat entre particulier, le partage des espaces, des outils, des services et des biens et l'organisation des citoyens en réseau ou en communauté, par l'intermédiaire d'une plateforme numérique de mise en relation.

1 Se déplacer	Covoiturage	5 Se nourrir	Coapprovisionnement (groupements de consommateurs, partage de production, etc.)	
	VTC		Corestauration (plats fait maison, restauration collaborative, etc.)	
	Location de véhicules entre particuliers			
	Echange /revente de billets de transport			
2 Transporter / stocker des objets	Stationnement	6 S'équiper	Mutualisation (prêt, partage, échange, location)	
	Livraison collaborative		Redistribution (don, troc, revente/achat)	
3 Se loger	Costockage	7 S'habiller	Mutualisation (location)	
	Cohébergement (prêt/partage de logements, échange de logements, location entre particuliers)		Redistribution (don, troc, revente/achat)	
4 Se divertir	Cohabitat (Vente/location de particulier à particulier, échange de logements, colocation, habitat participatif)	8 Se faire aider	Services entre particuliers	
	Découvertes et tourisme à l'étranger		9 Se financer	Dons
	Loisirs de proximité			Prêts
	Activités sportives et location de bateaux		Investissement au capital	

Figure 1: L'intégration de l'économie collaborative dans les différents besoins et activités

Certes, ce nouveau mode de consommation permet de supprimer les intermédiaires coûteux et non indispensables en supportant la logique de biens communs et en trouvant des solutions entre particuliers. Cependant, il est important de rappeler que la garantie légale de conformité, tout comme les règles de protection du code de la consommation ne s'applique pas dans ce mode de consommation. De ce fait, l'enjeu des start-up ainsi que des entreprises traditionnelles est de s'adapter aux attentes des "consom'acteurs".

En 2013, l'apparition d'un article dans le magazine Forbes déclare que près de 9000 start-up composaient le marché mondial de l'économie collaborative, afin d'adapter le modèle économique pour les nouveaux usages avec un chiffre d'affaire de 15 Milliards d'euros. D'après l'agence PWC2015, ce chiffre d'affaires pourrait atteindre les 335 Milliards d'euros en 2025. Selon un sondage¹ réalisé en 2013, près de 89 % des Français déclarent avoir déjà eu recours au moins une fois à une pratique de consommation collaborative. [5]

¹ Selon une étude du Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques (Pipame),

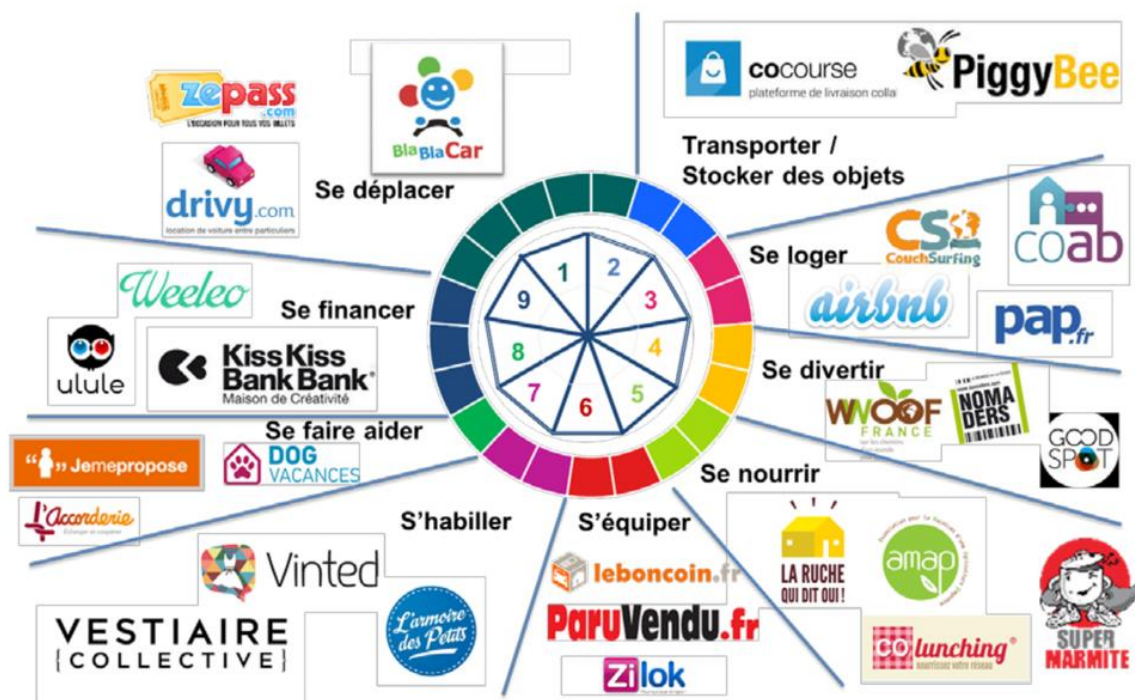


Figure 2: Quelques acteurs emblématiques des différents secteurs d'activité (Nomadeis, 2014)

Aujourd'hui, l'économie collaborative réagit au phénomène de sous-utilisation en avantageant l'utilisation des biens à leur possession. Celle-ci est présente dans des secteurs d'activités divers et variés, tel que :

- **Le logement**, avec la colocation, les échanges d'appartement ou encore la location,
- **L'alimentation**, incluant la co-restauration et les groupements de consommation
- **Le transport**, avec l'apparition des voitures de tourisme avec chauffeur (VTC), la location de véhicules entre particuliers et l'échange ou la revente de billets de transport
- **La santé**, grâce à la vente ou l'achat des équipements d'occasion, échange ou location de matériel et d'appareil ou encore partage de l'information médicale entre les centres hospitaliers.

II. L'adaptation de l'Economie collaborative dans la santé

La France fait partie des trois pays leader, avec les USA et l'Espagne où l'économie collaborative a connu un grand succès. L'expérience de l'économie de partage et de sociabilité a été rapidement adoptée et a pu prouver l'existence d'un intérêt majeur pour les citoyens. [6]

L'arrivée de l'économie collaborative dans les différents secteurs d'activité y compris la santé, a modernisé le fonctionnement réglementaire de notre système de santé. En effet, le ministère français des solidarités et de la santé a entrepris une réflexion collective dans le but de rendre le système de santé plus efficace et plus juste. Cette démarche a permis de consolider la prévention et la promotion de la santé en facilitant quotidiennement les parcours de santé tout en garantissant une certaine pérennité du système de santé. C'est ainsi qu'en janvier 2016 la loi santé ou Loi de modernisation de notre système de santé a été promulgué.

Avant l'apparition de ce modèle économique, la seule modalité d'acquisition des équipements médicaux était l'achat. Toute la réglementation d'autorisation, de tarification, de remboursement en forfait technique et d'utilisation se basait sur cet achat en soi. Aujourd'hui, on peut distinguer dans toutes les spécialités médicales et paramédicales la parution des nouveaux moyens d'acquisition tels que le prêt, le crédit-bail ou la location d'équipements.

L'économie circulaire ou collaborative a engendré la création de nouvelles plateformes médicales généralistes ou spécialistes avec différents types de financement pour l'acquisition de matériels ou d'équipements médicaux. Un premier exemple de plateforme généraliste est "Liz&med", une marque d'ITL équipement finance qui appartient à la banque française mutualiste², un membre actif de **nehs group**³. Cette plateforme indépendante propose des vitrines multimarques. Celles-ci permettent de comparer et de commander les équipements les plus adaptés à l'ensemble des professionnels du monde de la santé. Liz&med propose différents modes de financements (Location, Crédit-bail, ...) d'équipements médicaux, couvrant les besoins des cliniques et hôpitaux privés ou publics

² La Banque Française Mutualiste est la banque de référence des agents du secteur public

³ **nehs** est un groupe capable d'orchestrer cinq univers clés liés aux besoins des professionnels de santé.

passant par les EHPAD, jusqu'aux cliniques vétérinaires. Avec l'intégration d'offres avec ou sans services associés (Assurance, maintenance, ...) [7]. D'autre part, il y a l'exemple d'une plateforme spécialisée AZELIES, la première plateforme de mutualisation d'équipements pour les vétérinaires. Elle permet de louer des équipements médicaux vétérinaires sans engagement ou de mettre en location ses propres équipements sans se soucier de rien [8]. Le but d'AZELIES est de répondre à la problématique de la surconsommation et du gâchis par l'échange bénéfique des bien sous-utilisés ou inutilisés avec une notion pleine de bon sens : la location.

Cette notion a été appliquée entre les particuliers. Effectivement, il existe des plateformes proposant de la location de matériel médical ponctuel. Pour exemple ZILOK une plateforme qui propose de la location de matériel médical facile et simple à trouver à proximité de chez vous et à moindre coût, comme la location de fauteuil roulant ou de béquilles par exemple. L'achat des équipements médicaux étant onéreux, la location de matériel médical permet bien des économies.

III. Conclusion de la partie

L'économie collaborative est adoptée par différents domaines y compris l'industrie médicale. Une adaptation à la nouvelle forme de consommation collaborative a été mis en place par les entreprises traditionnelles tout comme les startups, dans le but de convenir au mieux à la demande de la clientèle. De ce fait, le mode de financement collaboratif établi par les industriels de la santé permet de répondre à des difficultés majeures auxquelles font face les acteurs de notre système de santé.

Partie 2 : les acteurs de notre système de santé et les modalités d'acquisition des équipements médicaux

I. Les acteurs du système de santé

1) ARS

L'Agence Régionale de santé (ARS), coordonne les activités de soins et régule l'offre de santé, en s'assurant de garantir l'efficacité du système de santé. Son rôle consiste à gérer les secteurs ambulatoires, médico-sociaux et hospitaliers afin d'assurer la qualité, l'efficacité et la sécurité de la prise en charge des patients [9]. L'ARS délivre des autorisations après dépôt de dossier (**Annexe1**) pour :

- La création d'un établissement de santé,
- La création ou conversion ou regroupement des activités de soins sous formes d'alternative à l'hospitalisation ou à l'hospitalisation à domicile,
- L'installation des équipements matériels lourds,
- Les changements d'implantation d'un établissement de santé existant,
- Le renouvellement des autorisations.

Le décret du 30 Avril 2010 relatif à la durée de vie des autorisations délivrées par l'ARS stipule que toutes autorisations ont une durée de vie de cinq ans. Tandis que l'article 204 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a annoncé un rallongement de durée de vie des autorisations de l'ARS à sept ans. Une simplification des demandes de renouvellement d'autorisation a été mis en place pour les Equipements Matériels Lourds (EML) à compter du 1er Janvier 2019. [10] [11]

2) Les établissements de santé :

L'article L. 6141-1 du Code de la santé publique, stipule que « *les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État [...]. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial* ». Ces établissements sont « *dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire* ». « *Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou*

national. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas [...] » (article L. 6141-1).

3) Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

Conformément à l'article L. 6141-2 du Code de la santé publique « *Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux (CHR) ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche* ».

La décision de création des Groupements Hospitalier de territoire (GHT), découle de la loi de modernisation de notre système de santé. Un projet soutenu par Madame Marisol Touraine ministre des affaires sociales et de la santé, afin de remédier à l'impopularité des Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) et d'optimiser la gestion des établissements sanitaires.

Cette loi rend l'adhésion des établissements publics de santé d'un même territoire à un GHT obligatoire, contrairement à l'adhésion de ces derniers à un CHT qui était facultative. Cependant, l'adhésion des établissements ou services médico-sociaux publics reste facultative. Par définition, un GHT est le regroupement de plusieurs établissements de soins d'un même territoire dans le but de conclure une convention entre eux d'une durée de dix ans. Ceci dit, il est possible pour un établissement de santé public de s'associer à un GHT autre que celui de son territoire à la condition d'être rattaché à un seul GHT. [12]

L'intérêt premier du GHT est d'accorder les établissements qui le composent sur un projet médical commun, en établissant une stratégie de prise en charge partagée sur le territoire de santé, en tenant compte des enjeux de la création des GHT définis par trois axes majeurs :

- **L'optimisation des coûts :**

Selon l'INSEE, en 2015, les dépenses en santé correspondaient à 11% du PIB, soit près de 91 milliards d'euros pour les soins hospitaliers du secteur privé et public et près de 104 milliards d'euros pour les soins ambulatoires. Le tableau ci-dessous nous permet de comparer l'évolution de la consommation de soins entre 2006 et 2015 :

Années	Secteur hospitalier	Secteur public	Secteur privé	soins ambulatoires	Soins de ville
2006	70,6	54,4	16,2	82,7	39,1
2015	90,8	70,1	20,7	103,8	50,5

Table 1: Comparaison de l'évolution de la consommation de soins entre 2006 et 2015

Suite à l'évolution des coûts de consommations en soins, la loi de modernisation de notre système de santé a pour objectif à travers la création des GHT de garantir l'accès aux soins de manière sécurisée tout en maîtrisant les coûts de fonctionnement, notamment par le regroupement des établissements de soins et la convergence de certaines fonctions transversales (les Systèmes d'Informatiques Hospitaliers, la coordination des institutions, les achats, etc.).

- **L'inégalité d'accès aux soins :**

Une des idées directrices du GHT vise à homogénéiser l'accès aux soins. En effet prenant en compte l'environnement de la personne, en termes de scolarisation, d'insertion professionnelle, de la prévention de la désinsertion professionnelle, et aussi du logement et de la famille.

La couverture des structures médicales et médico-sociales est variable entre les régions, de ce fait les GHT permettent de répondre aux besoins de l'accès aux soins de façon équitable au niveau des territoires. Le principe étant de mettre à disposition de la population une offre de soins polyvalente assimilant des soins de premiers recours et les consultations spécialisées.

- **Parcours de santé optimisés**

La création des GHT vise à créer des parcours patients globaux, afin de mettre en place une prise en charge commune de qualité en tenant compte de la sécurité et de la continuité de celle-ci au plus près de chez eux. Pour optimiser au mieux les parcours trois niveaux de prises en charge ont été défini par le ministère de la solidarité et de la santé :

Les parcours de santé :

Allant de la prévention (santé et social), passant par les soins, jusqu'à l'accompagnement (médico-social et social) et le retour à domicile.

Les parcours de vie :

Prenant en compte l'environnement de la personne, en termes de scolarisation, d'insertion professionnelle, de la prévention de la désinsertion professionnelle, et aussi du logement et de la famille.

Les parcours de soins :

Comprenant les consultations de premier recours, HP (Hospitalisation Programmée), HAD (Hospitalisation à Domicile), les urgences, SSR (Soins de suite et de réadaptation), USLD (Unité de Soins de Longue Durée) et enfin les EHPAD (Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

Figure 3: Les différents parcours

4) Établissements privés

Deux types d'établissements sont distingués :

- Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), qui sont définis par les établissements privés non lucratifs, sont issus de mouvements religieux, caritatifs ou mutualistes.
- Les établissements privés lucratifs ou cliniques privées, sont généralement gérés par plusieurs personnes morales, actrices dans le fonctionnement de l'établissement, en assurant l'activité d'hospitalisation, la mise à disposition du plateau technique ou même le patrimoine immobilier.

La concentration du secteur public via la constitution des GHT a engendré une fusion en groupes nationaux des cliniques dans le secteur privé. Un phénomène de rachat des établissements par les groupements privés s'est propagé en 2014 et 2015 jusqu'à ce jour.

La création des GHT établie par la loi de modernisation de notre système de santé a mis les cliniques privées face à des ensembles hospitaliers de taille considérable et en situation dominante sur un territoire de santé. De plus, de par leurs statuts, les GHT sont des interlocuteurs privilégiés des ARS. Dans ce contexte précis, il est plus facile de comprendre la stratégie de regroupement des établissements du secteur privé afin d'établir une donne concurrentielle, soutenue par les fonds d'investissements. Tout comme le secteur public, les groupements privés subissent de fortes contraintes économiques dues aux baisses tarifaires consécutives.

II. Modalités d'acquisition d'équipements

1) L'Achat dans le secteur public

L'achat d'équipements au niveau des établissements publics est limité par une réglementation. [13]

a) [Le décret 2016- 360 relatif au marché public](#) [14]

“Toutes procédures lancées par un établissement de santé public type CHU, doivent respecter le décret 2016-360 relatif au marché public. Ce décret énonce en fonction du montant des marchés, répartis en seuils, les procédures à respecter”. Il stipule le respect du marché selon 4 règles principales :

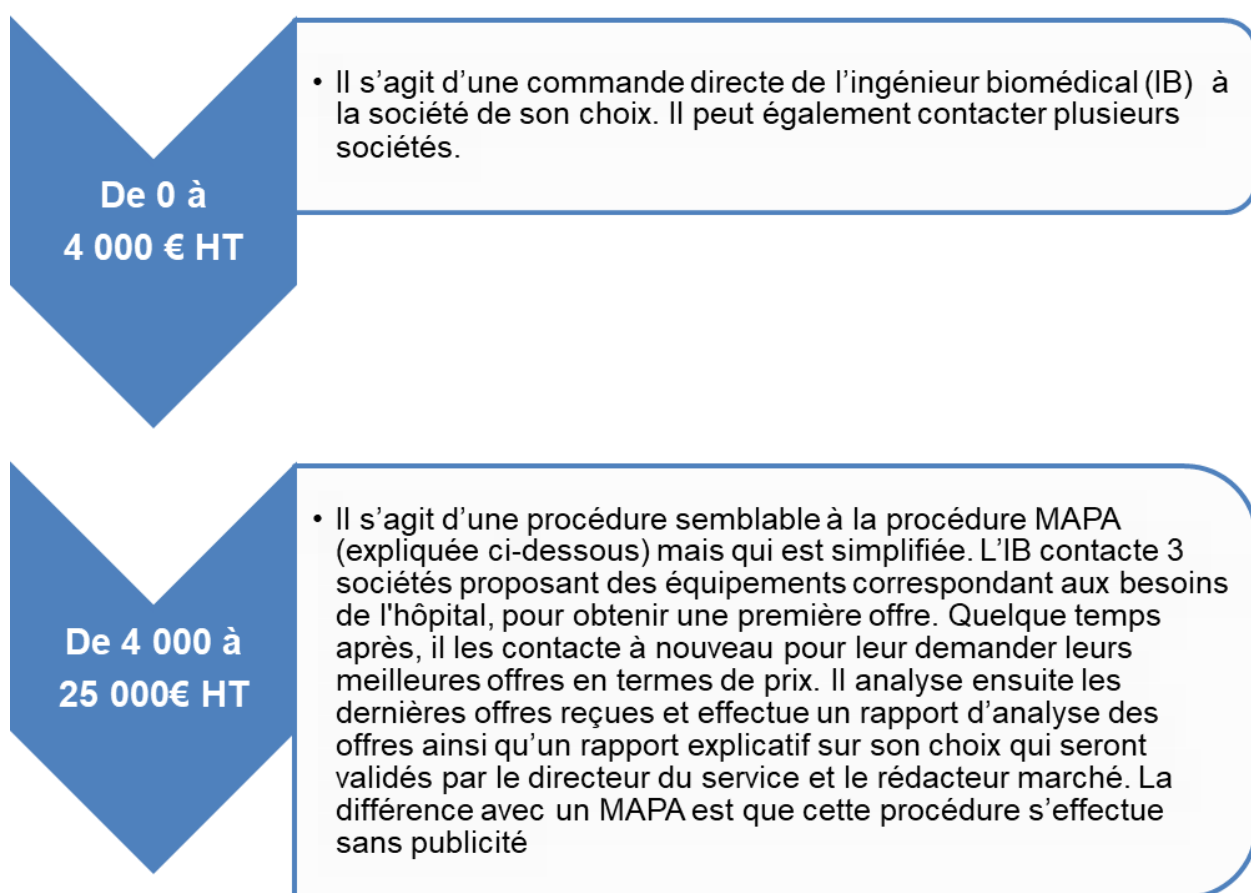
- La liberté d'accès à la commande,
- L'égalité des traitements des candidats,
- La transparence des procédures,
- Le respect du décret 2016 – 360.

De plus, les principes cités précédemment exigent :

- Une définition préalable des besoins,
- Le choix d'une procédure et le respect de son fonctionnement,
- Le respect des obligations de publicité et de mise en concurrence.

b. Les procédures d'achat des CHR [15]

Les couts des procédures sont toujours indiqués en hors taxe. Il existe des différences par seuil que le Centre Hospitalier Régional (CHR) défini de la manière suivante :



De 25 000€ à
90 000€ HT

- **Marché à Procédure Adaptée (MAPA).** Une fiche technique (appelée aussi cahier des charges) récapitulant les caractéristiques du futur équipement est publiée sur le Bulletin Officiel des Annonces des Marchés Publics (BOAMP). Cette publication permettra ensuite aux candidats potentiels de répondre à l'annonce du CHRU de Lille. Les réponses des fournisseurs potentiels sont ensuite analysées. Cette procédure d'achat permet de négocier les prix avec les candidats ayant remis une offre conforme au cahier des charges. Avant de passer commande, la décision se fait à 2 niveaux : une première validation est faite par le directeur du service de la Direction des Ressources Biomédicales (DRB) et une deuxième validation est faite par le rédacteur marché du département des ressources physiques. Le marché sera signé par le pouvoir adjudicateur ainsi que le directeur général du CHRU et sa délégataire.

De 90 000 à
200 000 € HT

- **Il s'agit d'un MAPA avec publicité du cahier des charges au BOAMP.** Il y aura ensuite une négociation avec chaque fournisseur potentiel et une analyse des offres. La décision avant de passer commande se fait à 3 niveaux : une première validation est faite par le directeur du service, une deuxième validation est faite par le rédacteur marché du département des ressources physiques et une troisième validation est faite par le service juridique.

Plus de
200 000€ HT

- **Il s'agit d'un MAPA avec publicité du cahier des charges au BOAMP.** Il y aura ensuite une négociation avec chaque fournisseur potentiel et une analyse des offres. La décision avant de passer commande se fait à 3 niveaux : une première validation est faite par le directeur du service, une deuxième validation est faite par le rédacteur marché du département des ressources physiques et une troisième validation est faite par le service juridique.

2) Les marchés négociés sans mise en concurrence (MNSMC)

Lorsqu'un fournisseur est le seul sur le marché à commercialiser un produit ou un service, le CHR utilise la procédure de MNSMC et sans publicité. Pour prouver qu'il n'y a pas de concurrence, le candidat doit fournir une attestation d'exclusivité. De plus, l'IB doit justifier dans un rapport d'opportunité la nécessité de posséder l'équipement au sein de l'établissement de soins.

Il existe différentes possibilités pour acquérir des équipements. Les suivantes sont les plus courantes et suivent la même procédure décrite précédemment :

1. Lancer sa propre action de Marché à Procédure Adaptée (MAPA) ou Appel d'Offre (AO) : C'est-à-dire que seul le CHR est responsable de sa consultation.

2. Passer par un groupement d'achat public l'UGAP : L'Union des Groupements d'Achat Public (UGAP) est un établissement public industriel et commercial sur lequel on trouve plusieurs équipements ou services appartenant à différents domaines (médical, véhicule, mobilier...). Le recours à la centrale d'achat, elle-même soumise au décret 2016-360 relatif aux marchés publics pour toutes ses procédures, dispense ses clients de toute mise en concurrence et publicités préalables.

3- Passer par UniHA : UniHA est un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS), créé à l'initiative des hôpitaux publics. L'intérêt de ce groupement pour les acheteurs est d'acquérir un équipement faisant partie d'un achat groupé afin de bénéficier d'une importante réduction. La professionnalisation de la fonction achat en milieu hospitalier est due à la contribution d'UniHA. Cette dernière ne se résume pas seulement à acheter en respectant le décret, mais bien à définir aussi une stratégie pour une meilleure performance économique et à construire une expertise pour des achats complexes. Ainsi, ils veillent à développer conjointement l'économie, la qualité et le meilleur usage des produits et services.

3) Location

La location financière est un contrat de location simple de biens d'équipements, et dans lequel on bénéficie d'un droit d'usage et de jouissance du matériel, mais sans option

d'achat à échéance du contrat. L'équipement est choisi chez un fournisseur avec une durée de contrat de location déterminée en fonction des besoins de l'organisme locataire. [16]

4) Crédit-bail

A la différence de la location financière, le crédit-bail est une Location avec Option d'Achat (LOA) dont les loyers sont déduits intégralement des revenus. En fin de contrat, le locataire devient propriétaire du matériel en versant une option d'achat d'une valeur de quelques pourcents du montant total du matériel.

De plus, le crédit-bail est réservé aux matériels neufs ou reconditionnés. C'est la formule de financement majoritairement choisie par les professionnels de santé pour l'achat d'un matériel médical [17].

III. Le forfait technique

La caisse d'assurance maladie (CAM) rembourse les établissements hospitaliers à la réalisation d'un acte externe (examen sous ordonnance d'un médecin pour un patient non hospitalisé) sur IRM, Scanner ou TEP. Ce remboursement est nommé Forfait technique, il est classé selon un barème pour chaque type d'examen. Cette prise en charge est effectuée d'une façon automatique pour les personnes inscrites régulièrement à l'assurance maladie. Les tarifs de forfait technique dépendent de l'appareil s'il est amorti, ou non amorti ainsi que de son activité de référence et ses caractéristiques techniques [18].

1) Règlementation sur les forfaits techniques

Il existe une réglementation spécifique aux remboursements en forfait technique des actes de scanographie (Scanner), remnographie (IRM) et de la tomographie par émission de positron (TEP), précisée dans la convention des médecins généralistes et spécialistes ainsi que dans la circulaire CIR- 18/2018 (**Annexe2**). La CAM locale de chaque groupement possédant une autorisation se doit de les interpréter et de les appliquer, dans le but d'établir une Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé (FIDES).

Une facturation spécifique des actes sur les Equipements Matériels Lourds (EML) est déterminée selon deux critères alliant les actes : le nombre et le type (CCAM ou GHS), et l'amortissement de l'appareil : à savoir l'équipement principal et annexe, la maintenance, le personnel non médical, les locaux, les consommables hors produits de contrastes, frais de gestion et assurance taxe professionnelle (Arrêté du 21 mars 2005) [19].

Une convention obligatoire est établie entre la CAM locale et les médecins utilisateurs de l'équipement au sein du groupement. Ils s'y engagent à communiquer les informations concernant l'exploitation de l'appareil, comme précisé dans la CIR 90/31 (**Annexe3**) actualisée dans la CIR 18/2011.

D'autre part, il existe un circuit de facturation par catégorie de patients, externes ou internes :

- **Patient externe** : les examens des patients externes bénéficiant de droits ouverts sont facturés auprès de la CAM correspondante. Cette dernière devra par la suite rembourser l'établissement détenteur de l'appareil en indiquant la transaction au groupement auquel il est relié. Pour les patients ne justifiant pas de droits ouverts, une facturation individuelle est établie.
- **Patient interne** : les frais des examens des patients hospitalisés sont octroyés par le Groupe Homogène de Séjour (GHS), suite à la facturation des actes réalisés par l'hôpital.

2) La tarification des forfaits techniques

Un appareil qui a moins de 7 ans est considéré comme non amorti et bénéficie donc d'un forfait technique non amorti à un taux plein. Les appareils de plus de 7 ans bénéficient d'un tarif de forfait technique amorti à taux réduit (**Annexe 4**).

TYPE D'APPAREILS	Forfait plein	Forfait réduit selon les tranches d'activité		
		Activité ≤ activité de référence	Activité > activité de référence et ≤ seuil 1**	Activité > seuil 1 et ≤ seuil 2**
Amortis*, toutes classes	70,38 €			
Non amortis, toutes classes	94,53 €	56,37 €	41,88 €	29,63 €

***Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.**

****Scanners : seuil 1 = 11 000 forfaits techniques ; seuil 2 = 13 000 forfaits techniques.**

Table 2: Tarifs des forfaits techniques des scanners au 13 février 2017

Concernant les remboursements d'examens sur IRM, la tarification varie selon la puissance de l'appareil. Ainsi, c'est en faveur de l'unité d'induction électromagnétique T (Tesla) ; plus elle est élevée, plus le prix du remboursement est élevé.

L'activité de référence varie selon le type de machine (IRM, Scanner ou TEP). Elle représente en effet le nombre d'examens par appareil. Une fois le seuillage de cette activité dépassé, les tarifs de forfaits techniques baissent aussi bien pour les appareils amortis que pour les appareils non amortis.

Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade. L'acte du coefficient le plus important est inscrit seul avec son coefficient propre. Le deuxième acte est ensuite noté à 15% de son coefficient.

IV. Conclusion de la partie

Une réorganisation des structures publiques et privées en groupements a été établie dans l'intention d'optimiser la gestion du secteur public d'une part et de fortifier le secteur privé face aux GHT d'une autre part. De ce fait, nous pouvons constater des actions collaboratives pour améliorer les stratégies et les pratiques.

Les établissements de santé publics sont soumis à une réglementation détaillée concernant l'acquisition des équipements. Cette dernière entraîne une mise en concurrence accrue entre les industriels des équipements onéreux. De ce fait d'autres modes d'acquisitions : location et crédit-bail, proposés par les entreprises viennent s'ajouter à l'achat proposant ainsi de nouveaux modes de financement de manière à non seulement faciliter la démarche d'acquisition d'équipements pour les établissements de santé face aux contraintes budgétaires que ces dernières rencontrent, mais encore optimiser le financement de la caisse des assurances maladie en termes de forfait technique.

Partie 3 : la stratégie à adopter pour le financement des EML

I. Une évolution collaborative : Le passage à la location

La technologie devient collaborative au sein des établissements de soins. Les établissements hospitaliers font face à des problèmes de contraintes réglementaires, d'obligations fiscales, d'accélération des technologies et de maintien d'un équilibre budgétaire. C'est pour cette raison que les industriels proposent de nouvelles modalités de financement pour l'acquisition de matériel médical qui sont la location ou le crédit-bail. Ces nouveaux modes de financement sont intéressants pour les actifs technologiques qui constituent un grand coût pour l'hôpital tels que les équipements matériels lourds.

Le *Leasing* ou bien la location en Français offre une certaine souplesse sur le changement et l'évolution rapide des technologies. Autrement dit, elle offre le paiement d'un loyer sur une durée de contrat avec la possibilité d'anticiper le renouvellement des équipements en fonction de la croissance ou la décroissance de l'activité de soins ou l'agrandissement d'un service. De plus, celle-ci est adaptée pour les acquisitions de courtes durées de deux à cinq ans. Enfin, c'est une charge d'exploitation facile à affecter à un compte d'exploitation, qui permet de mieux affecter les coûts dans le cadre d'une démarche analytique. [20]

Ce nouveau mode de financement permet d'établir un bon pilotage des actifs technologiques, de maîtriser le cycle de vie des EML et d'offrir une bonne gestion du parc d'équipement par les industriels selon les offres de services proposés. Ainsi, les établissements de santé bénéficient d'une amélioration continue, de l'évolution technologique, grâce à un travail collaboratif entre des organes de gestion et les chefs de services. Ils disposent également des bons outils adaptés au bon moment pour offrir les meilleurs soins aux patients avec une visibilité et une bonne maîtrise des coûts.

1. Les nouveaux financements proposés par les industriels

En 2013, dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS), une réduction budgétaire des dépenses de la santé de plus de deux milliards d'euros a mis les établissements de santé face à des contraintes budgétaires conséquentes. Les Agences régionales de la santé se retrouvent donc dans l'obligation de poursuivre

l'action plan hôpital 2007, en s'assurant de poursuivre la modernisation des établissements de santé. Néanmoins, ce projet ne doit pas aggraver le taux d'endettement déjà élevé. Afin de remédier à ce dilemme, les industriels proposent un nouveau mode de financement pour l'acquisition d'équipements médicaux et les services associés. Le secteur privé et mixte privilégiant déjà ce mode de financement pour l'acquisition de 8 équipements sur 10. [21]

La nouvelle réglementation facilite le recours à la location. En effet, le décret Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses (EPRD) ou encore l'application des nouvelles règles budgétaires offrent aux établissements de soins une gestion plus souple et une meilleure réactivité. Dans le passé, il était nécessaire d'équilibrer les fonds d'investissements du secteur public rendant la location impossible du fait que l'équipement devait être amorti par le bailleur.

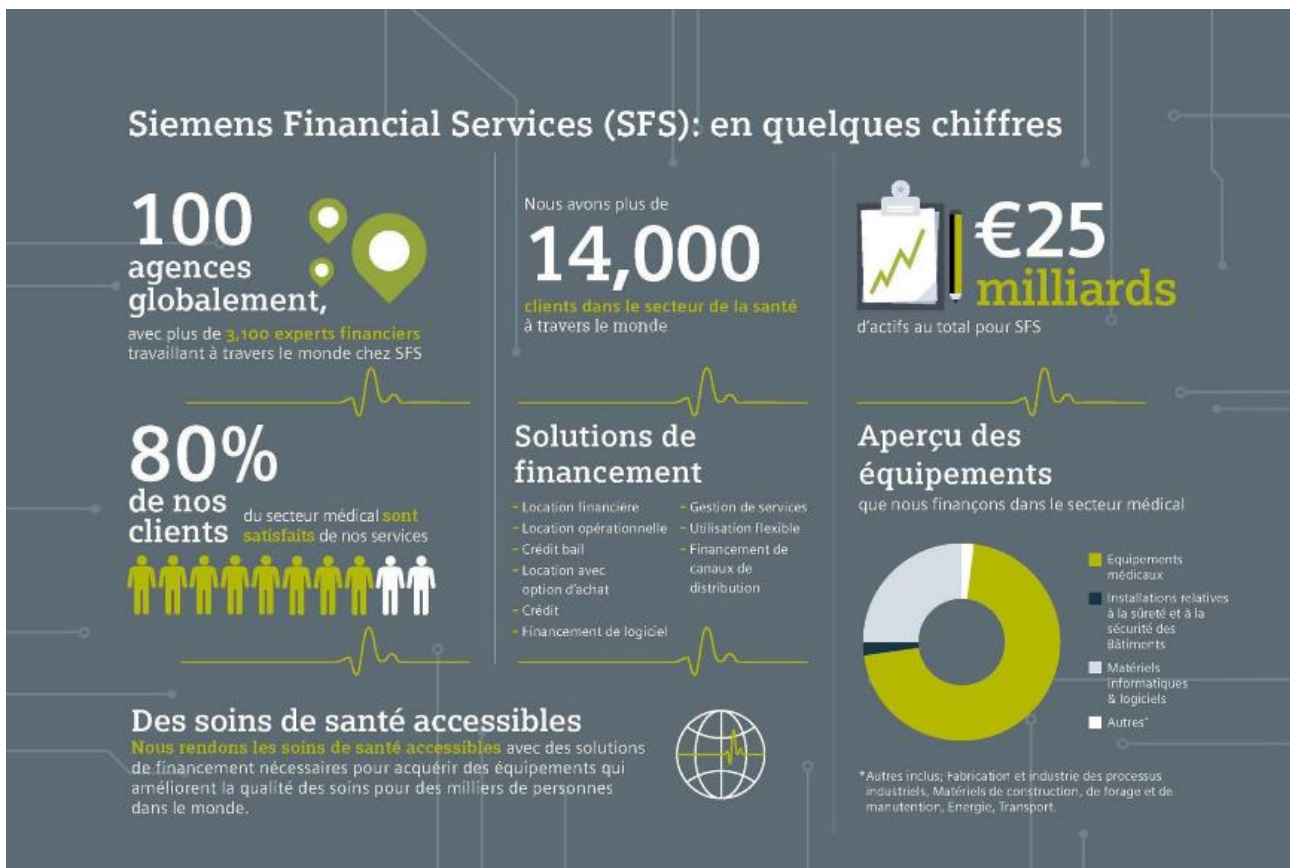


Figure 4 : Siemens Financial Services en quelques chiffres

C'est ainsi que General Electric a initié le GE Healthcare Equipment Finance. Ou encore Siemens a mis en place le Siemens Financial Services. La division Healthineers de

ce dernier faisant partie des géants de l'industrie de l'imagerie médicale s'est joint à l'hôpital Foch à Suresnes pour mettre en place le projet OPTIM (Optimisation du Plateau Technique d'Imagerie).

II. Le projet OPTIM :

OPTIM⁴ est un projet qui vise à couvrir et à optimiser l'ensemble des besoins du plateau technique de l'imagerie. Ceci dans le but d'assurer une offre de soins de pointe. Un contrat de gestion délégués multidimensionnel d'une durée de 12 ans a été signé entre l'hôpital Foch et Siemens. L'intérêt ultime étant de déléguer la gestion du parc d'imagerie d'une part, et d'entamer un processus d'innovation permanent en étroite collaboration avec Siemens Healthineers.

Ce projet a permis de fournir 48 équipements d'imagerie à l'hôpital Foch, avec une assurance de maintien à un haut niveau de ces derniers. De plus, une équipe de Siemens est dédiée à la direction du projet et au support technique dans l'intention de mieux comprendre les besoins du personnel et de s'y adapter. D'autres engagements ont été mis en place tel que la recherche et l'innovation dans le cadre d'un partenariat spécifique sur l'intelligence artificielle, ou encore l'offre d'une formation du personnel avec un haut potentiel d'expertise.

La division PHILIPS Healthcare et les Hospices civils de Lyon (HCL) ont été les premiers à établir un partenariat dans la même optique. Les HCL sont passés de l'achat à la location des EML. Il est nécessaire de présenter les deux acteurs de cette collaboration afin de mieux comprendre le projet mis en place à travers cette association et aller plus dans le détail.

⁴ Hopital Foch (10 mai 2019).

Disponible via : https://www.hopital-foch.com/hopital/archives/articles-pros/lhopital-foch-et-siemens-healthineers-annoncent-un-nouveau-type-de-partenariat-de-12-ans-pour-renforcer-la-performance-du-plateau-dimagerie?doing_wp_cron=1562774036.7503380775451660156250

III. Présentation de l'entreprise PHILIPS :

1. Histoire de Philips

Frederik Philips, créateur de l'entreprise Philips, s'est inspiré de la croissance rapide du secteur de l'électricité et des résultats prometteurs des expériences de son fils, Gérard, pour fabriquer des filaments de carbone fiables. En 1891, il a financé l'acquisition d'une modeste usine à Eindhoven, au sud des Pays-Bas, afin d'apporter des ampoules à incandescence électriques fiables et économiques à tous ceux qui en ont besoin. [22]

Au fil des années, Philips a continué à améliorer la vie des gens avec un flux constant d'innovations révolutionnaires. Ainsi, on distingue sept grandes étapes dans l'histoire de l'entreprise :

- De 1891 à 1915 : de la révolution de l'éclairage à l'évolution des produits,
- De 1915 à 1925 : les nouvelles innovations, Rayons X et Réceptions radio,
- De 1925 à 1940 : sorties des premiers téléviseurs et rasoirs électriques,
- De 1940 à 1970 : le temps des révolutions technologiques : la cassette audio,
- De 1970 à 1980 : l'évolution continue en termes d'images et sons,
- De 1980 à 1990 : création du compact disc, une référence technologique,
- De 1990 à 2000 : l'apparition du DVD.

En 1914, le premier laboratoire de recherche Philips est créé et présente les toutes premières innovations du groupe en termes de rayons X et de technologie radio. L'entreprise ne cesse d'évoluer en créant des outils révolutionnaires au logo bleu qu'on lui connaît, qui contribuent à l'amélioration de la vie quotidienne des consommateurs.

2. Les secteurs d'activités de PHILIPS

Philips est un groupe international aux activités diverses. En effet, il est présent dans 2 différents domaines : L'éclairage (Philips Lighting), et les solutions de santé (Philips HealthTech).

a. PHILIPS Lighting

Pour la société Philips, améliorer la vie quotidienne au moyen de la lumière remonte

à la mission de ses pères fondateurs en 1891. Numéro 1 du marché mondial de l'éclairage, Philips Lighting s'efforce d'améliorer la vie de chacun par des solutions d'éclairage efficaces et attractives. Philips contribue à rendre la vie plus facile, par le biais d'une large gamme de produits et d'une grande variété de conception, d'intensité, de couleur et d'effets. De la mise en lumière des intérieurs et des bureaux à celle des stades olympiques et de la Tour Eiffel, le but est d'embellir en respectant.

b. PHILIPS HealthCare

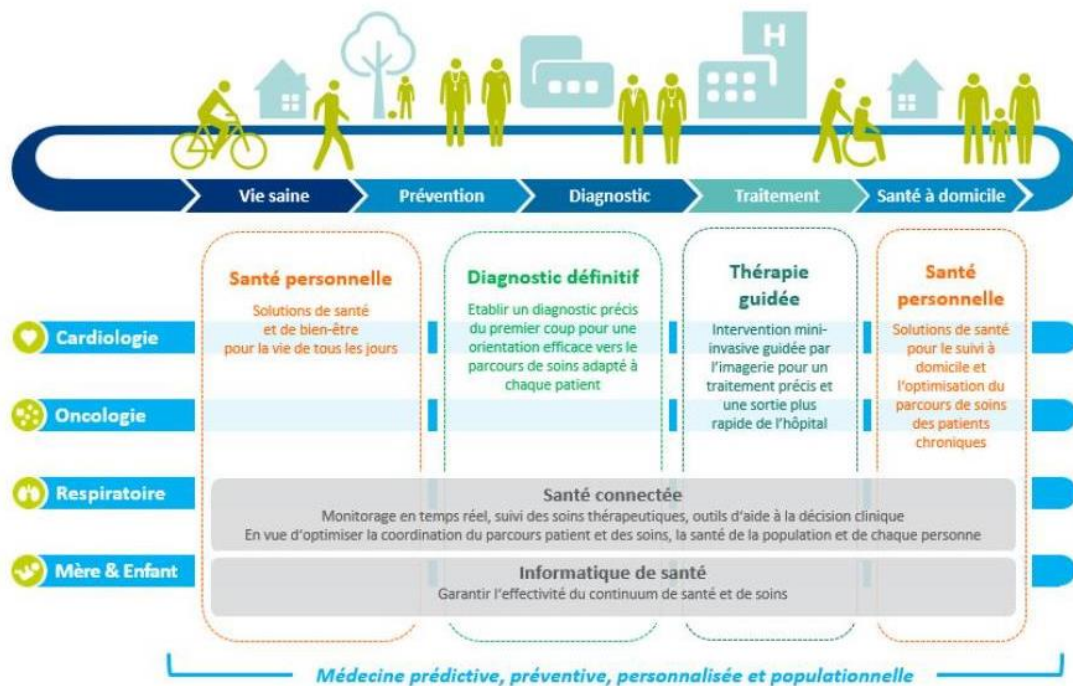


Figure 5: Des solutions innovantes pour le continuum de santé et de soins

Philips propose des solutions innovantes qui couvrent l'ensemble du continuum de santé et permettent aux personnes de profiter au maximum de leur vie. Depuis quelques années, la société Philips se concentre sur le domaine de la santé dans le monde et s'engage en cinq étapes, tout au long du continuum de santé, de l'hôpital jusqu'au domicile :

- **Mode de vie sain** : Philips encourage les gens à mener une vie saine, basée sur l'hygiène personnelle et la nutrition dans un milieu de vie pur.
- **Prévention** : la société offre des solutions numériques pour mesurer, surveiller et encourager les gens à prendre leur santé en main.
- **Diagnostic** : elle aide à établir des diagnostics définitifs, de façon à garantir le bon

diagnostic du premier coup.

- **Traitement** : les équipes créent de nouvelles procédures cliniques pour des traitements adaptés, plus sûrs et plus efficaces.
- **Soins à domicile** : Philips est également une connexion entre l'hôpital et le domicile favorisant les transitions, l'autonomie et le maintien à domicile des patients âgés. Pour répondre à tous ces besoins, Philips intervient à travers 2 différents domaines : les appareils grand public (Philips Personal Health) et les systèmes médicaux (Philips Health System).



Figure 6 : Philips Personal Health et Philips Healthcare

▪ **Philips Personal Health**

Se sentir bien, avoir une belle allure et vivre confortablement, voilà les trois désirs fondamentaux de la division Personal Health. Les employés de cette division travaillent à la création d'appareils domestiques et de soins personnels qui allient de manière ingénieuse des technologies innovantes aux souhaits exprimés par le consommateur lui-même. Les employés de cette division s'investissent quotidiennement au développement d'objets tels que : montre et balance connectées, rasoir, épilateur, brosse à dents, etc.

▪ **Philips Health System**

Faisant partie des leaders dans le secteur de la santé, Philips Health System est l'un

des trois principaux fournisseurs mondiaux de matériel médical. L'objectif est d'améliorer la qualité de vie des clients en leur apportant du matériel performant, intuitif et facile à utiliser. De plus, Philips s'engage à mettre à la disposition des patients du matériel confortable et efficace en termes de diagnostic, de surveillance et de soins.

Philips est organisé en trois grands domaines médicaux :

- L'ultrason : les appareils échographiques
- L'imagerie médicale : la radiographie, l'IRM, la scannographie, La radiothérapie
- Patient Care and Medical System (PCMS) : la ventilation, l'informatique médicale, la cardiologie et le monitoring.

3. Quelques chiffres

- Entreprise fondée en 1891,
- Chiffre d'affaires France 2017 : 1,87 milliard d'euros,
- Effectif monde : 73 951 salariés,
- Effectif France : 2 500 salariés,
- Implantation commerciale dans plus de 100 pays,
- 50 centres de R&D et usines à travers le monde,
- Leader mondial du monitoring médical, de la cardiologie interventionnelle et de la luminothérapie.

Les principaux équipements visés dans le cadre du projet GOPI, sont les équipements matériels lourds.

3. L'imagerie lourde [26]

1- Imagerie par Résonance Magnétique :



Figure 7: IRM Ingenia Elition 3.0T X de PHILIPS

La remnographie prodiguée par l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est un examen qui permet d'obtenir des vues en deux ou trois dimensions de l'intérieur du corps. L'IRM donne des informations sur des lésions qui ne sont pas visibles sur les radiographies standards, l'échographie ou le scanner. Cette technique étudie avec une grande précision de nombreux organes tels que le cerveau, la colonne vertébrale, les articulations et les tissus mous. Elle utilise un champ magnétique (aimant) et des ondes radio et sans émission de radiations ionisantes. Son principe consiste à réaliser des images du corps humain grâce aux nombreux atomes d'hydrogène qu'il contient. Placés dans un puissant champ magnétique, tous les atomes d'hydrogène s'orientent dans la même direction : ils sont alors excités par des ondes radio durant une très courte période (ils sont mis en résonance). A l'arrêt de cette stimulation, les atomes restituent l'énergie accumulée en produisant un signal qui est enregistré et traité sous forme d'image par un système informatique.

2- Scanner



Figure 8: Scanner Big Bore RT PHILIPS : Scanner de radiothérapie PHILIPS

Le scanner, aussi appelé tomodensitométrie, est un examen qui donne des images en coupe d'un organe. Il a pour objectif de donner plus de précisions sur les résultats d'une radiographie ou d'une échographie, comme la localisation et l'étendue d'une lésion sur un organe ou un tissu. Le scanner étudie le cerveau, la cage thoracique, l'abdomen ou encore les os. Il recherche des anomalies qui ne sont pas visibles sur des radiographies standards ou à l'échographie. Son principe consiste à réaliser des images en coupes fines de votre corps. Au lieu d'être fixe, le tube de rayons X va tourner autour de vous et grâce à un système informatique puissant, des images sont obtenues. Dans la plupart des cas, un produit de contraste à base d'iode est utilisé pour améliorer leur qualité. Il peut être injecté par voie intraveineuse, avalé ou encore introduit par l'anus.

Une salle de scanner est constituée de :

- **La machine** : elle se compose d'un anneau à l'intérieur duquel se trouve le tube à rayons X et d'un lit sur laquelle vous êtes allongé qui pénètre dans le centre de l'anneau.
- **Le pupitre de commande** : derrière lui se trouve le personnel médical. Il est séparé du reste de la pièce par une vitre plombée.

Ainsi, cet examen présente l'avantage de donner des informations très précises sur les organes étudiés. De l'extérieur du corps, on peut le découper en tranches ou le reconstruire en trois dimensions.

3- La Tomographie par Emission de Positrons



Figure 9: PET Scan PHILIPS : VEREOS TEP/TDM Numérique de PHILIPS

La tomographie par émission de positons (TEP), dénommée PET ou PET scan pour « *positron émission tomography* » en anglais, est une méthode médicale pratiquée par les spécialistes en médecine nucléaire. Elle permet de mesurer en trois dimensions l'activité métabolique ou moléculaire d'un organe, grâce aux émissions produites par les positons (positrons en anglais) issues d'un produit radioactif injecté au préalable.

La TEP repose sur le principe général de la scintigraphie qui consiste à injecter un traceur dont on connaît le comportement et les propriétés biologiques pour obtenir une image du fonctionnement d'un organe ou la présence d'une cible moléculaire. Ce traceur est marqué par un atome radioactif (carbone, fluor, azote, oxygène...) qui émet des positons dont l'annihilation produit deux photons. C'est la détection en coïncidence de ces photons

qui permet la localisation du lieu de leur émission et donc la concentration du traceur en chaque point de l'organe. C'est donc cette information quantitative que l'on représente sous la forme d'une image faisant apparaître en couleurs les zones de forte concentration du traceur.

4. Les Hospices Civils de Lyon (HCL) :

Les HCL occupent la deuxième position dans le classement des centres hospitaliers universitaire de France. Présents depuis plus de 200 ans, ils disposent de toutes les spécialités médicales et chirurgicales. A ce jour, les HCL sont composés de 14 établissements pluridisciplinaires spécialisés. **Figure10. [23]**

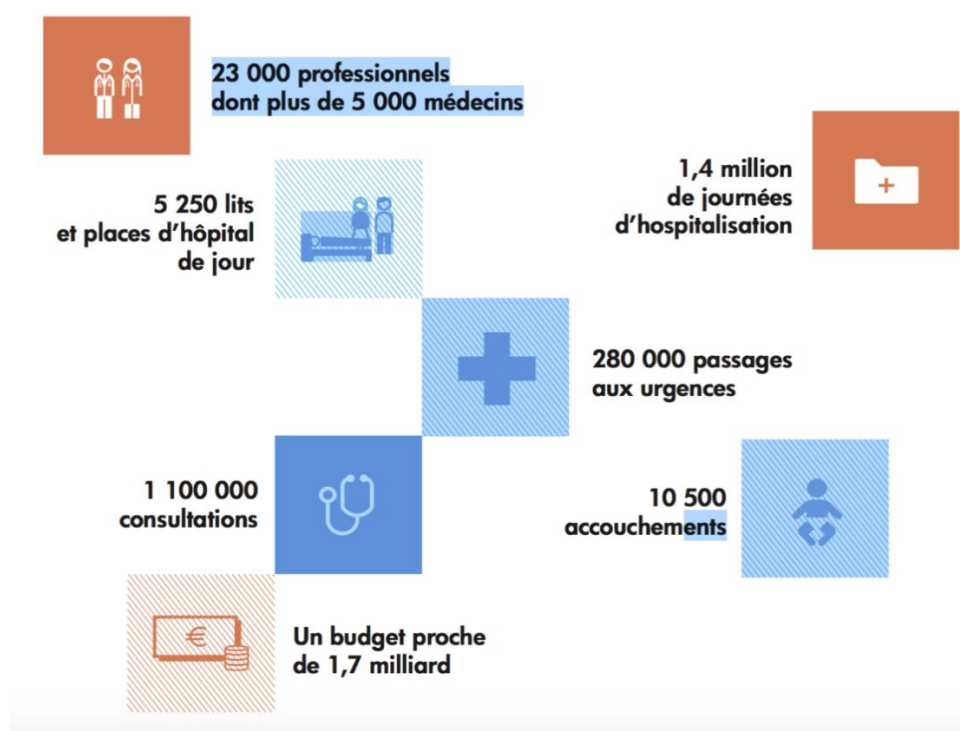


Figure 10: Chiffres de l'activité des HCL

IV. Le projet GOPI PHILIPS

Le partenariat entre les HCL et PHILIPS est un projet sans équivalent dans le tissu hospitalier Français. L'achat des avancées technologiques est devenu un réel défi pour les établissements de soins. En effet c'est une contrainte qui s'applique au secteur hospitalier dans son ensemble et aux CHU en particulier concernant les EML qui représentent un des moteurs les plus dynamiques du progrès médical. Les Hospices Civils de Lyon ont une

certaine ampleur au niveau de la France et de l'Europe, avec un plateau majeur d'imagerie : plus de 80 modalités, 700 professionnels médicaux et paramédicaux et plus de 1500 examens réalisés par jour. [25]

Le renouvellement du parc d'imagerie des HCL constituait un enjeu stratégique. Avec le vieillissement des équipements, l'activité des HCL risquait d'être compromise pour les patients, les imageurs et les chercheurs. De ce fait, les HCL se voyaient déclassés technologiquement par rapport à la concurrence. Suite à cela, une problématique a été posée par les gestionnaires des HCL : comment consigner l'exigence de rester à la pointe de l'imagerie tout en faisant face à une contrainte financière ?

Du fait de la contrainte financière, rester dans le mode de renouvellement habituel classique (l'achat) n'était plus envisageable. Cela conduisait à une perte de position de pointe par rapport à l'innovation avec le déclassement technologique dû aux retards de renouvellement.

Il fallait donc procéder différemment et avoir une nouvelle approche pour repenser la politique d'investissement en imagerie. Ceci afin d'arriver à concilier les objectifs qui étaient d'optimiser la gestion du parc d'équipements d'imagerie en tenant compte du confort nécessaire aux ambitions d'imagerie hospitalo-universitaire lyonnaise.

1) La procédure établie par les HCL

Les axes forts sur lesquels la nouvelle stratégie a été construite ont été définis par trois ambitions :

- **La meilleure réponse au besoin médical** : Un équilibre entre le besoin médical et le parc d'imagerie avec une approche privilégiée pour les innovations technologiques et une mise en place d'un partenariat scientifique et de recherche.
- **Un coût global** : Un coût optimisé, clair et prévisible sur la durée du contrat avec des dispositifs permettant de chiffrer les flexibilités ouvertes par le projet.
- **Un engagement contractuel** : Un accord sur l'organisation qui répond aux exigences de performance sous peine de pénalité financière avec des dispositifs financiers transparents et la possibilité de flexibilité dans le programme de renouvellement et d'installations des équipements.

Ainsi, un engagement mutuel en tout confort dans un cadre sécurisant pour les deux parties pouvait être établi. Pour ce faire, un dialogue compétitif a été construit autour de six critères en accord avec les trois axes forts, pour évaluer les différents candidats.

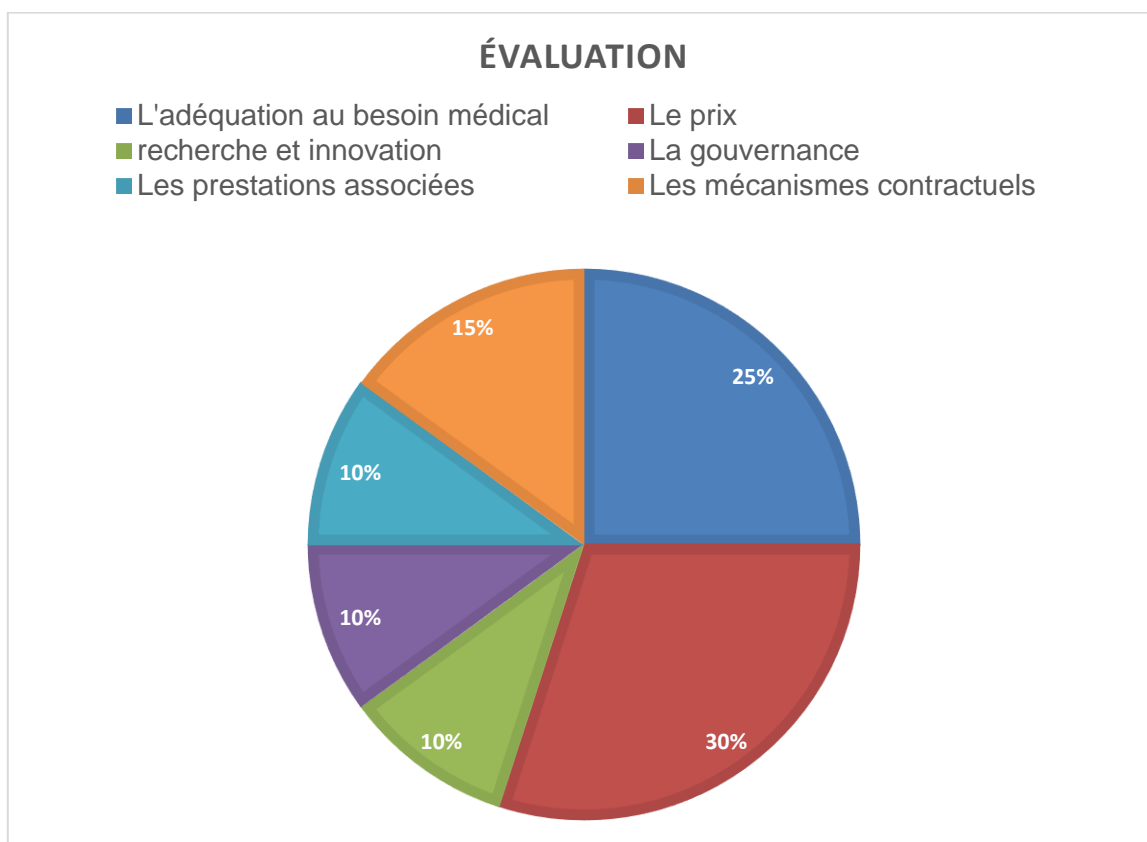


Figure 11: le pourcentage d'évaluation des critères de choix du fournisseur pour le projet GOPI

1. L'adéquation au besoin médical par un plan de renouvellement des équipements, construit sur des gammes d'équipements et des durées de vie opérationnelles associées (25% de l'évaluation),
2. Le prix au travers d'un montant annuel défini sur la durée du contrat et de mécanismes clairs d'évolution (30% de l'évaluation),
3. Le programme de recherche et de l'accès à l'innovation (10% de l'évaluation),
4. La gouvernance et la gestion du projet (10% de l'évaluation),
5. Les prestations associées aux équipements (10% de l'évaluation),

6. Les mécanismes contractuels sources de sécurité et de flexibilité sur la durée du projet (15% de l'évaluation).

2) Un périmètre défini

- Les équipements du pôle d'imagerie des HCL à l'exclusion des secteurs de coopération GIE (Groupement d'Intérêt Economique) et GSC (Groupement de Coopération Sanitaire),
- Les fournitures d'équipements annexes (injecteurs, cage de Faraday, etc....),
- Les prestations de maintenance et de formation,
- Les outils post traitements (hors PACS),
- La possibilité de réaliser des opérations d'implémentation pour compte des HCL,
- Un parc conséquent de 75 modalités,
- Une équipe pluridisciplinaire : 5 médecins imageurs, une direction des plateaux médicotechniques, une direction des achats, un service biomédical, une direction de la recherche et de l'innovation, une direction des systèmes d'information, une direction des affaires techniques et une direction des finances,
- Un fort pilotage médico-administratif et une association continue des radiologues à la définition du programme et à la gestion du choix,
- Un contrat de 12 ans avec une cible financière définie et communiquée.

3) Le projet GOPI de PHILIPS

Pour assurer un accès aux innovations technologiques et apporter une meilleure réponse aux besoins médicaux, la GOPI (Gestion Optimisée du Parc d'Imagerie) induit le renouvellement des équipements par un industriel choisit selon un calendrier planifié. Un partenariat de type projet GOPI a été établi entre PHILIPS et les hospices civils de Lyon de 2016 jusqu'à 2027. A la clé, un contrat représentant 60 millions d'euros de marché d'une durée de douze ans avec PHILIPS, comprenant 75 appareils d'imagerie diagnostique, interventionnelle et de médecine nucléaire : scanner, IRM, mammographie, échographie. Soit les deux tiers du parc des HCL. [26]

Voici le projet GOPI en 10 chiffres :

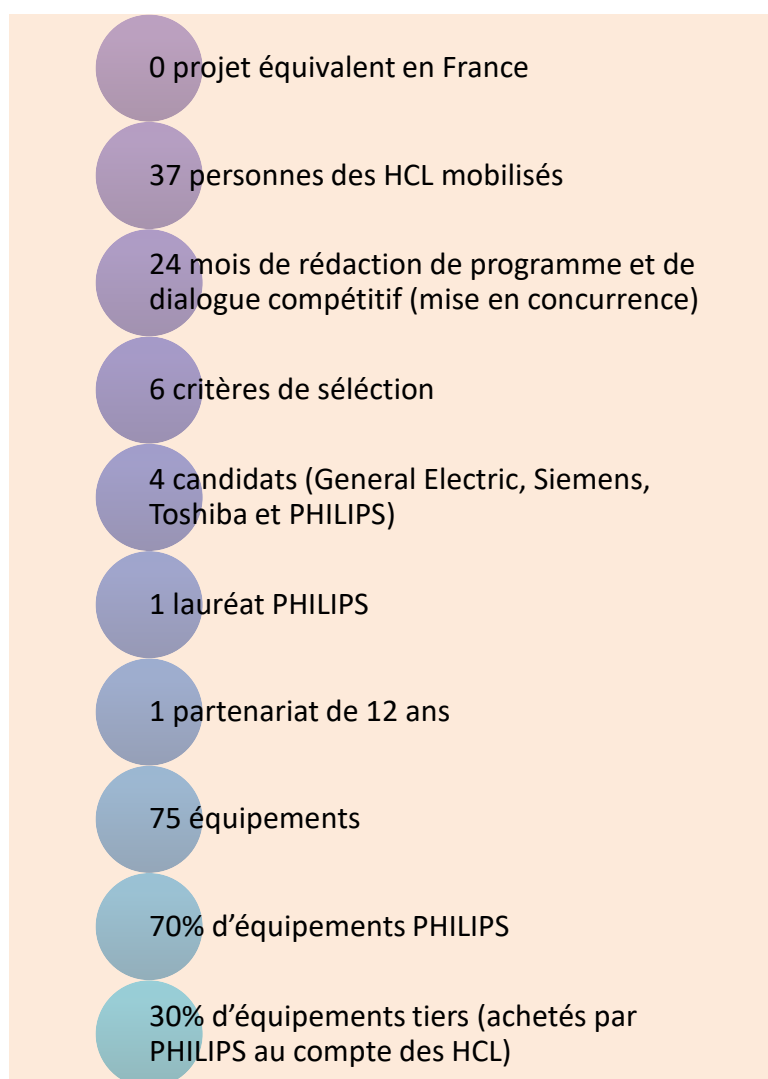


Figure 12: Le projet GOPI en chiffre

Le CHU conservera la maîtrise des dépenses de gestion du parc sur toute la durée du contrat grâce à des mécanismes financiers transparents et optimisés. Enfin, l'industriel devra satisfaire des exigences de performances en conjuguant un haut niveau de prestations, une organisation dédiée et des mécanismes lisibles et flexibles de renouvellement de l'installation des équipements. Il implique aussi le prestataire dans l'activité de recherche du CHU en engageant ses ressources et réseaux de partenaires cliniques ou académiques sur des thématiques de recherche choisies conjointement.

L'accord comprend un dispositif préférentiel de valorisation de la propriété intellectuelle en cas de dépôt de brevet à l'occasion d'une convention de recherche. Philips

avait conclu des accords similaires auparavant. Plus de 40 partenariats de long terme conclus depuis 2006. Dont un partenariat avec le nouvel hôpital universitaire Karolinska de Stockholm, en Suède, pour l'intégralité de son plateau d'imagerie en 2014. **Figure13.**



Figure 13: Partenariats PHILIPS pour la GOPI en Europe

Ce type de contrat permet d'assurer aux HCL une réduction des coûts de gestion ainsi qu'un suivi des prestations de 2016 à 2027. Il permet aussi de pouvoir renouveler les équipements plus rapidement que ce qui est fait actuellement, pour rester à la pointe de l'innovation.

Quatre industriels de l'imagerie et de la médecine nucléaire (General Electric, Siemens, Toshiba et Philips), se sont présentés pour remporter le contrat. Le choix s'est porté sur Philips après consultation d'un groupe de médecins spécialistes, de chercheurs et de cadres de différentes directions des HCL (achats, affaires économiques et logistiques, systèmes d'information et de l'informatique), pour la mise à dispositions des équipements si besoin et de la convention de recherche. **[27]**

4) Un modèle répondant à un environnement en mutation

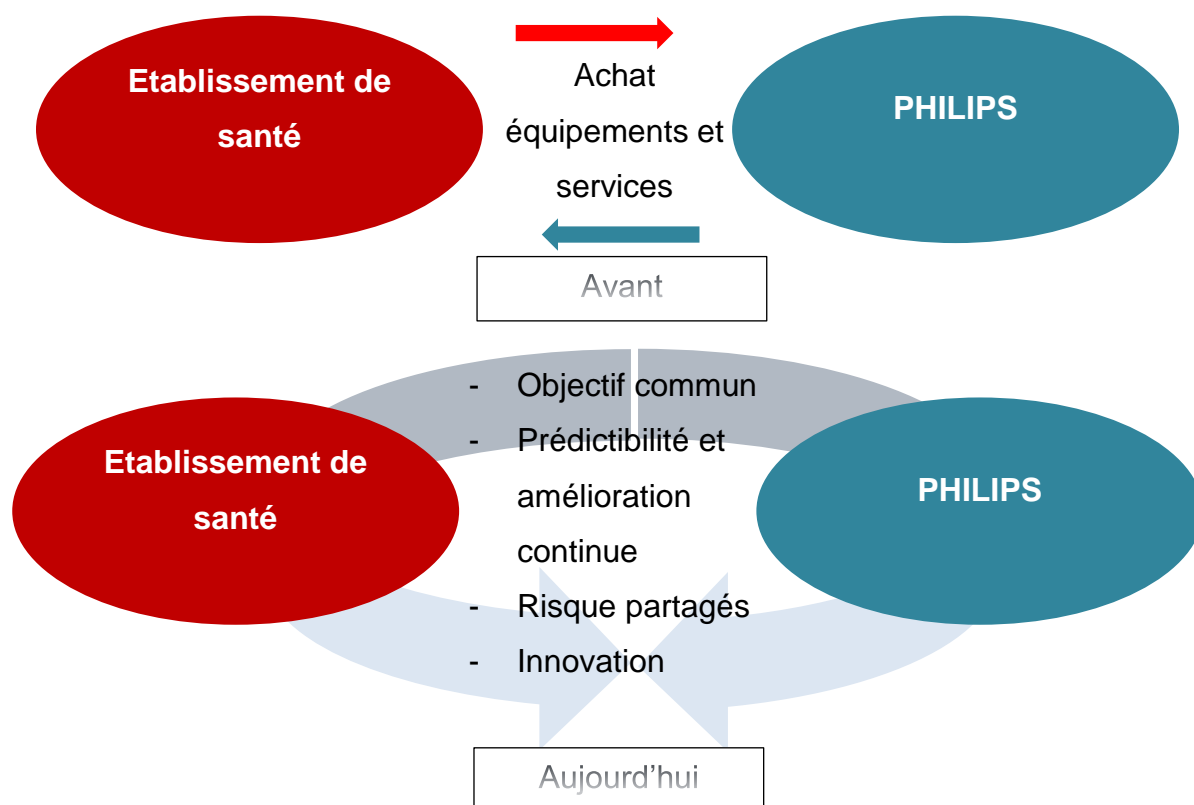


Figure 14: Model répondant à un environnement en mutation

L'innovation technologique des EML a permis de passer d'un modèle économique traditionnel transactionnel (achat d'équipements et de services) à un modèle à responsabilités partagées avec un engagement des deux parties pour la qualité de soins, l'efficacité et la maîtrise des coûts. Enfin, le projet GOPI permet de mettre à la disposition des HCL des équipements issus des dernières innovations technologiques en planifiant des installations de machine après des durées de vie opérationnelle moindres. Cela permettra à l'industriel d'Upgrader son équipement pour le remettre sur le marché dans le cadre d'une économie circulaire. De plus, il permet de réduire de 5% le coût de gestion du parc d'imagerie fortement revalorisé. En outre, des économies de fonctionnement supplémentaire restent encore à évaluer dans la durée (simplification des formations, polyvalence accrue des équipes, etc.).

La réalisation d'économie immédiate n'est pas le seul but de réalisation d'un tel projet. Le bénéfice du GOPI tient d'abord à une meilleure création de valeur de

l'investissement biomédical et à un acquis managérial dans la coopération médicale et administrative et de la gestion de projets collaboratifs.

La Gestion optimisée du Parc d'Imagerie vise à créer de la valeur tout au long du cycle de vie des équipements, pour réussir à bien ce projet trois conditions préalables sont nécessaires :

- Un cadrage fort de la direction générale et une liberté de manœuvre de l'équipe projet avec engagement de réalisation du projet si les ambitions du dialogue compétitif sont atteintes,
- Une co-construction médico-administrative constante basée sur l'association des médecins au choix et à l'exercice des responsabilités,
- Une forte expertise en matière de gestion d'achat complexe.

V. L'économie circulaire de PHILIPS :

PHILIPS s'engage dans un modèle d'économie circulaire qui vise à utiliser les équipements le plus longtemps possible, dans la finalité de répondre à l'objectif 3 des Nations Unies concernant le développement durable. Ce dernier vise à « *permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.* ».

Les EML ont fait partie des premiers équipements restitués et transformés, dans le but de les revendre à des prix intéressants. En effet, ces derniers sont renouvelés et upgradés après leur récupération et remis sur le marché avec une garantie.

L'intérêt de l'économie circulaire est de lutter contre l'habitude de l'acquisition des nouveaux actifs technologiques coûteux, alors que des équipements renouvelés tout aussi performant sont proposés à des prix plus attractifs. De plus, ce modèle économique permet aux pays en voie de développement d'accéder plus facilement aux innovations technologiques avec un cout réduit. **[25]**

Dans le cadre du projet GOPI par exemple, une fois les anciens équipements changés, ils sont systématiquement renvoyés à l'usine pour être remis à neuf. L'objectif étant de remettre sur le marché ces derniers à des prix moindres. Le but est de mettre à disposition des équipements rénovés, fonctionnels et sous garantie, destinés aux

établissements de soins qui font face à des contraintes budgétaires, ou encore des pays émergents n'ayant pas les moyens de se procurer des technologies innovantes. [28]

VI. Recommandation

Le but de cette partie est de présenter des hypothèses de réflexion qui pourraient permettre de développer une vision collaborative plus poussée. Cette dernière servirait les intérêts des établissements de soins ainsi que les industriels dans le cadre du financement des EML.

Les préconisations que je vais exposer dans cette dernière partie, se rapprochent d'un raisonnement existant dans le système de santé Français : la T2A (Tarification à l'Activité) d'une part, et d'une procédure de facturation existante dans d'autres secteurs d'activités d'autre part.

1) La T2A :

La tarification à l'activité est une réforme de la tarification hospitalière qui a été mise en place progressivement en France à partir de l'année 2004, et qui est devenue pleinement appliquée en 2008 sous forme de grille tarifaire différente pour les hôpitaux publics et les hôpitaux privés.

Ce mouvement a conduit à un changement de mode de paiement des établissements de soins. Avant 2004 ce système de paiement était sous forme de budget global pour les hôpitaux publics, et de paiement à l'activité pour les hôpitaux privés à but lucratif avec des tarifs régionaux. Aujourd'hui, les hôpitaux publics perçoivent ce qui est équivalent à un système de paiement au séjour par "Diagnosis Related Groups" (DRG) en anglais, ou en Français appelé forfaits par cas en fonction du diagnostic. Quant aux hôpitaux privés, ils sont passés à un système de paiement par forfait. [29]

Le but ultime de cette réforme était de lutter contre les grandes inégalités de dotations et de budgets sans rapport avec l'activité réelle de l'établissement après la création de l'ONDAM (l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie). Il impliquait une enveloppe fermée pour les dépenses hospitalières nationales.

L'idée de la T2A est de mettre en place un mécanisme économique vertueux issu d'un modèle simplifié. En d'autres termes, elle permet d'établir un contrat à prix fixe pour gagner en efficacité dans la délivrance de soins au sein des centres hospitaliers.

Il existe un régulateur pour calculer ce prix fixe. Pour éviter de se retrouver face à des problèmes de sur-tarification ou sous-tarification des séjours, un mécanisme de concurrence par comparaison s'ajoute au mécanisme de contrat à prix fixe afin de produire de la connaissance pour le régulateur dans le but de définir le vrai coût. L'intérêt ultime étant de se rapprocher de manière efficace de la moyenne des coûts de traitement dans un DRG donné.

En conclusion, la T2A permet de se rapprocher plus précisément des résultats de l'activité d'un établissement hospitalier dans le but de mieux gérer les paiements des établissements de santé et de rendre les hôpitaux plus efficaces.

2) La facturation des fournisseurs EDF et GDF :

Différents rythmes de facturation sont proposés par les fournisseurs d'électricité ou de gaz en France. Ces dernières années, une nouvelle tendance a été adoptée pour le paiement des factures. Celle-ci permet de payer au fur et à mesure les factures de façon mensuelle, ce qui rend plus facile de manière considérable la gestion budgétaire.

En ce qui concerne les factures d'énergie, une approximation de la consommation mensuelle est définie au moment de l'adhésion en prenant en compte différents critères (nombre de personnes résidant dans le logement, l'électroménager, la taille du logement, etc.). Cette approximation va permettre par la suite d'instaurer un échéancier pour l'année à venir. La totalité des consommations annuelles sont lissées sur dix à onze mois, avec un dernier mois qui va servir à réguler la facturation en fonction de ce qui a été réellement consommé.

L'approximation n'étant pas une science exacte, il est nécessaire pour GRDF et ERFD de réaliser des relevés de compteurs afin d'adapter la facture au mieux si besoin. Les relevés sont effectués une à deux fois par an sur les compteurs. Si une surconsommation ou une sous-consommation sont constatées, le fournisseur procède à une régulation de la facture en prenant compte de la consommation exacte. Celle-ci

permettra de décider s'il y a remboursement en cas de sous-consommation, ou prélèvement supplémentaire en cas de surconsommation. [30]

3) De la Tarification à l'Activité à la Tarification à l'Acte :

Une approche similaire pourrait être appliquée aux systèmes de financement des équipements matériels lourds. En effet, nous avons pu déceler tout au long de cet ouvrage l'impact que l'économie collaborative a eu sur les différents secteurs d'activité. Notamment sur l'industrie du matériel médical et sur le système de santé Français.

Ma recommandation est de mettre en place un système de facturation à l'acte sur les EML alloués. *Pay-per-use* « L'utilisation d'un produit ou d'un service est mesurée, et les clients sont facturés à chaque fois qu'ils utilisent le service ». En d'autres termes, au-delà de payer un loyer annuel sur une durée d'années pour la location des EML, il faudrait définir un forfait annuel, et en fonction de l'activité (le nombre d'actes), estimer le coût réel d'utilisation. Ce serait un nouveau système de financement dans lequel les industriels percevraient un loyer transparent, établi sur le nombre d'actes d'imagerie réalisés sur l'équipement alloué.

L'intérêt pour les établissements de santé	L'intérêt pour les industriels
<ul style="list-style-type: none">• Payer uniquement l'utilisation de l'équipement,• Avoir une vision plus précise sur la tarification,• Faire face aux problèmes de restriction budgétaire,• Avoir accès à l'innovation• Évaluer avec plus de précision les coûts et l'activité,• Se baser sur une activité rétrospective pour mieux définir les besoins médicaux,	<ul style="list-style-type: none">• Établir un forfait complet comprenant l'utilisation, les services associés et les garantis,• Répartition de marge plus discrète,• Permet de lutter contre la surutilisation des équipements,• Avoir une approche plus collaborative, et donc faciliter le financement des EML pour les établissements de santé.• Avoir une vision chiffrée plus réaliste dans la stratégie commerciale,

- Permet de lutter contre le phénomène de la sous-utilisation des équipements.

- Fixer des objectifs précis à atteindre concernant le chiffre d'affaires.

Table 3: Avantages du passages à la T2A

Ainsi, l'ensemble des couts reliés à l'utilisation de l'équipement peuvent être inclut par l'industriel dans un forfait. Ce dernier contient également le cout analytique d'une pathologie concernée ainsi que la maîtrise des coûts via l'optimisation de l'organisation des services et la durée réelle d'utilisation du matériel souhaitée. Enfin, Cela permettra à l'établissement de santé de disposer d'une réelle maitrise de son budget et de connaitre à l'avance le cout d'utilisation de son appareil.

Pour exemple, une illustration sur les Forfaits Techniques (FT) : Un acte externe de scanographie est remboursé en forfait technique pour un équipement non amorti à hauteur de 94,53 € en dessous de l'activité de référence au seuil 1 (en dessous de 11 000 actes).

Equipement	FT Plein	Nombre d'acte en 5 ans	Total en FT en 5 ans
Scanner	94,53 €	10 500	992 565 €

Table 4: Illustration remboursement en Forfait Technique (FT) sur un Scanner

Avec une activité annuelle de 2 100 examens scanner, le remboursement en forfait technique s'élève à 198 5133 € par an. Si l'établissement effectue plus d'actes, il se voit rembourser les forfaits techniques accordés. Dans le cas contraire, il ne sera remboursé que pour l'activité réelle.

De ce fait, les établissements de santé et précisément les acheteurs peuvent se baser sur leur activité ainsi que le remboursement en forfait technique pour définir les dépenses à venir. Ce système de tarification permettrait d'avoir une transparence sur les couts réels d'utilisations des EML une fois appliqué par les industriels.

Conclusion

La troisième révolution industrielle a amené une nouvelle économie collaborative qui a elle apporté à son tour un changement significatif au niveau du mode de consommation dans différents domaines et dans le domaine de la santé. L'impact de ces changements dans le système de santé a engendré une modernisation du système de santé en France et une évolution des habitudes d'acquisition des équipements médicaux.

La modernisation de notre système a eu pour conséquence l'apparition des GHT, des groupements hospitaliers privés et de nouvelles réorganisations au niveau du fonctionnement des ARS. Ces derniers représentent à présent des acteurs majeurs dans le système de santé français. La finalité étant de renforcer l'organisation et d'optimiser la gestion des établissements de santé.

Les industries des équipements médicaux se sont adaptées à ce nouveau régime économique. Elles ont tenu compte des contraintes budgétaires auxquelles ces dernières font face en proposant des moyens de financement plus avantageux aux établissements de santé. L'objectif étant de les accompagner dans les processus d'acquisition et de renouvellement des dispositifs médicaux.

Le partenariat des HCL et PHILIPS pour la mise en place du projet GOPI est une illustration concrète de la réussite que cette nouvelle tendance économique collaborative a pu apporter. En effet, les enjeux conséquents du passage de la location à l'achat, permettent dans un premier temps d'offrir la meilleure prise en charge possible pour les patients grâce à des équipements innovants et plus en plus performants pour la prévention, le diagnostic et le traitement. Ensuite, la contractualisation établie dans le cadre du GOPI permet aux HCL un classement avantageux en termes d'innovations des équipements, de la recherche scientifique et une analyse de la gestion plus facile. Sans oublier la certitude de percevoir un financement optimal dans le cadre du remboursement du forfait technique vis-à-vis de l'utilisation et de l'amortissement des équipements, afin de réduire au mieux les contraintes budgétaires. Enfin, les industriels tirent des avantages de ce changement en renforçant dans un premier temps l'image de la marque grâce à la promotion faite par les professionnels de la santé du CHRU de renommée au niveau nationale et internationale. Et dans un second temps, en établissant une économie circulaire qui réduit les coûts de fabrication en aspirant à augmenter le chiffre d'affaires.

Une évolution plus avantageuse pourrait être apportée dans une démarche d'amélioration des facturations des EML : la tarification à l'activité. L'intérêt primordial de cette démarche étant d'avoir plus de précisions et d'indications sur les couts, tout en tenant garde au phénomène de sur-utilisation ou sous-utilisation des équipements.

En conclusion, la nouvelle aire économique vise à créer des avantages importants en termes de prise en charge de patient. De plus, la révision de l'accès aux soins ainsi que l'innovation médicale qui connaît une expansion importante, rendent cette prise en charge de plus en plus efficace et disponible. Le passage de l'achat à la location entraîne donc des enjeux avantageux face à des inconvénients inexistant.

Bibliographie

- [1] DGE (9 février 2016).
« E-santé : faire émerger l'offre française », Disponible via : <https://www.entreprises.gouv.fr/etudes-et-statistiques/e-sante-faire-emerger-offre-francaise>
- [2] Pôle Numérique (12 mai 2015).
« #Economie #collaborative, #sharing #economy : regards croisés France – USA », CCI Bordeaux Gironde Disponible via : <https://polenumerique33.wordpress.com/2015/05/12/economie-collaborative-sharing-economy-regards-croises-usa-france/>
- [3] Vie-publique (16 août 2018).
« L'économie collaborative : un nouveau modèle socio-économique ? », Disponible via : <https://www.vie-publique.fr/actualite/dossier/rub1859/economie-collaborative-nouveau-modele-socio-economique.html> (accessed 7.2.19).
- [4] Rachelle Botsman (2010).
« *What's Mine Is Yours: The Rise of Collaborative Consumption* », Harper Collins.
- [5] Nomadéis (15 juillet 2014).
« *Economie collaborative : le Ministère de l'Économie (DGCIS) et le PICOM confient une étude à Nomadéis et TNS Sofres...* », Disponible via : <http://www.nomadeis.com/2014/07/economie-collaborative-la-dgcis-ministere-de-leconomie-du-redressement-productif-et-du-numerique-et-le-picom-confient-une-mission-a-nomadeis-et-tns-sofres/>
- [6] LesFurets.com (13 mars 2017).
« *Les Français leaders de l'économie collaborative* », Budget futé. Disponible via : <https://www.lesfurets.com/budget-fute/tendances/francais-leaders-economie-collaborative>
- [7] Liz&med.
À propos de Liz&med, Disponible via : <https://www.lizemed.com/fr/info/apropos>
- [8] Azelies.
Mutualisez vos équipements. Innovez pour vos patients, Disponible via : <https://azelies.com/>
- [9] ARS.
Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé, Disponible via : <http://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>
- [10] ARS.
Demandes d'autorisations sanitaires, Disponible via : <https://www.paca.ars.sante.fr/autorisations-sanitaires-6>
- [11] ARS.
Activités de soins / Equipement matériel lourd, Disponible via : <http://www.grand-est.ars.sante.fr/activites-de-soins-equipement-materiel-lourd>
- [12] Ministère de la solidarité et de la santé (10 novembre 2017).

Groupements hospitaliers de territoire, Disponible via : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>

- **[13]** DAJ (1 avril 2019).
ESPACE COMMANDE PUBLIQUE | Rubrique Conseil aux acheteurs et aux autorités concédantes / Fiches techniques. [mp-procedure-adaptee-2019.pdf], Disponible via : https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/marches_publics/conseil_acheteurs/fiches-techniques/mise-en-oeuvre-procedure/mp-procedure-adaptee-2019.pdf
- **[14]** Décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics, 2016.
- **[15]** Ministère des Solidarités et de la Santé (2016).
Les établissements de santé - Édition 2016, Disponible via : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2016>
-
- **[16]** BNP Paribas.
Financement locatif d'équipement - BNP Paribas, Disponible via : <https://banqueentreprise.bnpparibas/fr/financements/vos-equipements/location-financiere>
- **[17]** BNP Paribas.
Crédit-bail mobilier, Disponible via : <https://banqueentreprise.bnpparibas/fr/financements/vos-equipements/credit-bail-mobilier>
- **[18]** CIR-18-2011.
Disponible via : <http://www.mediam.ext.cnamts.fr/ameli/cons/CIRCC/2011/CIR-18-2011.PDF>
- **[19]** Legifrance (12 février 2017).
Décision du 16 janvier 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, Disponible via : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2017/1/16/AFSU1704105S/jo>
- **[20]** Statut entreprise (2017).
« Leasing : La location LLD ou LOA pour les pros », statutentreprise.com, Disponible via : <https://www.statutentreprise.com/leasing/>
- **[21]** Siemens
Produits et services – Financement, Disponible via : <https://new.siemens.com/fr/fr/produits/financement.html>
- **[22]** Philips.
« Annual Report 2017 ». , Disponible via : <https://www.results.philips.com/publications/ar17#/>
- **[23]** HCL.
Hospices Civils de Lyon, Disponible via : <https://www.chu-lyon.fr/fr/hospices-civils-de-lyon-hcl>
- **[24]** Techopital (5 avril 2019).

« *Partenariat entre Philips et les HCL: Gopi a permis de renouveler 65% du parc d'imagerie* », Disponible via : https://www.techopital.com/partenariat-entre-philips-et-les-hcl--gopi-a-permis-de-renouveler-65-pour-cent-du-parc-d-imagerie-NS_4186.html

- **[25]** Hannah Gould (24 fevrier 2016).
« 7 choses que nous avons apprises sur les soins de santé et l'économie circulaire ». The Guardian, Sustainable Business, Disponible via: <https://www.theguardian.com/sustainable-business/2016/feb/24/opportunities-challenges-circular-economy-healthcare-live-chat-highlights>
- **[26] sources internes**
- **[27] sources internes**
- **[28]** Philips.
« *Philips réoriente son objectif « Lives Improved » sur le Programme de développement durable des Nations Unies à l'horizon 2030 après l'achèvement de la transformation de son portefeuille* », Disponible via : <https://www.philips.be/fr/about/news/archive/standard/about/news/communiques/Healthcare/2019/20180328-philips-reoriente-son-objectif-lives-improved-sur-le-programme-de-developpement-durable-des-nations-unies-a-l-horizon-2030.html>
- **[29]** DGOS 2019.
«Financement des établissements de santé ». Ministère des Solidarités et de la Santé, Disponible via : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>
- **[30]** fournisseurs electricite.com.
« Le rythme de facturation chez les fournisseurs (EDF, GDF Suez, Direct Energie, Eni) », Disponible via : <https://www.fournisseurs-electricite.com/rythme-facturation-fournisseurs-edf-gdf-suez-direct-energie-eni>

Annexes

Annexe 1 :



DOSSIER JUSTIFICATIF DE DEMANDE D'AUTORISATION D'ACTIVITE DE SOINS

(Réf. article R 6122-32-1 du Code de la santé publique)

Activité de soins :

Nom du demandeur :

Date : mm/ 2017

Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

Espace Rodesse - 103 bis, rue Belleville – CS 91704 – 33063 BORDEAUX Cedex

Standard : 05.57.01.44.00

www.ars.nouvelle-aquitaine.sante.fr

Préambule

Les demandes d'autorisation, y compris celles présentées en vue du regroupement ou de la conversion des activités de soins définis à l'article L. 6122-6 du code de la santé publique, et les demandes de renouvellement d'autorisation présentées en application du quatrième alinéa de l'article L. 6122-10 ne peuvent, après transmission au directeur général de l'agence régionale de santé, être examinées que si elles sont accompagnées d'un dossier justificatif complet (article R. 6122-32).

Ces demandes sont reçues au cours des périodes déterminées par arrêté du directeur général de l'ARS. Pour les demandes jugées complètes et recevables, la décision du directeur général de l'ARS est notifiée au demandeur dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de fermeture de la fenêtre de dépôt (articles L6122-9 et R6122-28 à R6122-31).

Les dossiers de demande d'autorisation sont envoyés, dans l'attente du SharePoint « autorisations sanitaires », en **3 exemplaires + un CD ROM (ou une clé USB)** par lettre recommandée avec accusé réception :

- à la Délégation Départementale du département dans lequel l'activité de soins sera exercée (ou l'équipement matériel lourd implanté) ;
- pour les CHU et le CLCC, à la direction de l'offre de soins et de l'autonomie.

Les dossiers peuvent également être remis en main propre à la Délégation Départementale ou à la DOSA.

<p>Délégation départementale de la Dordogne Bat H Cité administrative 18 rue du 26^{ème} RI CS 50253 24 052 - PERIGUEUX-CEDEX 09 Standard : 05.53.03.10.50 Courriel : ars-dd24-direction@ars.sante.fr</p>	<p>Délégation départementale de la Gironde Espace Rodesse 103 bis, rue Belleville - CS 91704 33 063 - BORDEAUX - CEDEX Standard : 05 57 01 44 00 Courriel : ars-dd33-direction@ars.sante.fr</p>
<p>Délégation départementale de la Creuse Rue Alexandre Guillon CS 40309 23006 GUERET Cedex Standard : 05.55.51.81.00 Courriel : ars-dd23-direction@ars.sante.fr</p>	<p>Délégation départementale de la Charente 8 rue du Père Joseph Wresinski CS 22321 16023 ANGOULEME Standard : 05.49.42.30.50 Courriel : ars-dd16-direction@ars.sante.fr</p>
<p>Délégation départementale des Pyrénées-Atlantiques Cité Administrative - Boulevard Tourasse CS 11604 64016 PAU CEDEX Standard : 05 59 14 51 79 Courriel : ars-dd64-direction@ars.sante.fr</p>	<p>Délégation départementale des Landes Cité Galliane 9 avenue Antoine Dufau BP 329 - 40011 Mont de Marsan Cedex Standard : 05.58.46.63.63 Courriel : ars-dd40-direction@ars.sante.fr</p>
<p>Délégation départementale de Lot-et-Garonne 106 boulevard Carnot CS 30006 47 031- AGEN - CEDEX Standard : 05.53.98.83.00 Courriel : ars-dd47-direction@ars.sante.fr</p>	<p>Délégation départementale de la Corrèze 4 rue du 9 juin1944 CS 90230 19012 TULLE Standard : 05.55.20.42.18 Courriel : ars-dd19-direction@ars.sante.fr</p>
<p>Délégation départementale de la Vienne 4 rue Micheline Ostemeyer BP 20570 86021 POITIERS Cedex Standard : 05.49.42.30.50 Courriel : ars-dd86-direction@ars.sante.fr</p>	<p>Délégation départementale de la Haute Vienne 24 rue Donzelot CS 12108 87031 LIMOGES Cedex Standard : 05.55.45.83.00 Courriel : ars-dd87-direction@ars.sante.fr</p>
<p>Délégation départementale de la Charente-Maritime 5 place des Cordeliers – Cité administrative Duperré CS 90583 17021 LA ROCHELLE Cedex 1 Standard : 05.49.42.30.50 Courriel : ars-dd17-direction@ars.sante.fr</p>	<p>Délégation départementale des Deux-Sèvres 6 rue de l'Abreuvoir CS 18537 79025 NIORT Cedex Standard : 05.49.42.30.50 Courriel : ars-dd79-direction@ars.sante.fr</p>

I. Partie administrative

a. Présentation du demandeur

Entité juridique
Nom
Adresse
Statut juridique
N°FINESS
Représentant légal
N° Téléphone de la personne à contacter
Adresse mail

Site géographique
Nom
Adresse
N°FINESS

Joindre la copie de statuts de l'organisme ou le cas échéant de la société, si la personne morale est en cours de constitution, le dossier indique les noms, adresse et qualité de la personne qui la représente pour la demande. (extrait K-bis ...)

b. Projet d'établissement / Délibération

Doit figurer soit les éléments du projet d'établissement sur lesquels se fonde la demande d'autorisation d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd lorsque le demandeur est un établissement public de santé ou un centre de lutte contre le cancer, soit la délibération de l'organe délibérant relative au projet objet de la demande d'autorisation lorsque le demandeur est une personne morale de droit privé autre qu'un tel centre.

c. Nature de la demande

Dans cette partie doivent figurer :

- la présentation de l'opération projetée ou mise en œuvre des activités de soins envisagée, notamment au regard du schéma d'organisation des soins

Préciser l'autorisation (ou la modification d'autorisation) sollicitée

Lorsqu'il s'agit d'une demande de création d'activité, le promoteur devra motiver sa demande en prenant en compte le contexte global de son territoire de santé notamment par une analyse des besoins non couverts.

- l'indication des objectifs du schéma d'organisation des soins auxquels le demandeur entend répondre ainsi que ceux, quantifiés, de l'offre de soins et, le cas échéant, les opérations figurant à l'annexe de ce schéma qu'il prévoit de réaliser ;
- Délai(s) de réalisation
Préciser s'il y a lieu les délais de mise en place du projet présenté

d. Engagements du demandeur

Le demandeur s'engage :

- à réaliser et maintenir des conditions d'implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds ainsi que des conditions techniques de fonctionnement fixées en application des articles L. 6123-1 et L. 6124-1 ;
- à maintenir des autres caractéristiques du projet après l'autorisation ou le renouvellement de celle-ci ;
- sur le montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie ou le volume d'activité, en application de l'article L. 6122-5 ;

Date :

Nom et signature du représentant légal :

e. Conventions de coopération

Information sur les conventions de coopération passées, s'il y a lieu, par le demandeur avec un ou plusieurs autres établissements ou professionnels de santé, ainsi que la mention de son appartenance, le cas échéant, aux réseaux de santé définis à l'article L. 6321-1.

f. Certification HAS

II. Partie relative aux personnels

Dans cette partie, doit être décrit l'état des effectifs, administratifs, médicaux et d'autres catégories, exerçant ou appelés à exercer dans l'établissement, et faisant apparaître les engagements du demandeur en ce qui concerne les effectifs et la qualification des personnels, notamment médicaux, nécessaires à la mise en place du projet.

Pour l'activité sollicitée, il convient de préciser les qualifications et temps de présence en ETP du personnel de chaque catégorie

- a. Personnel administratif**

- b. Personnel médical**

- c. Autre catégorie de personnel**

III. Partie technique et financière

- a. Présentation de l'établissement**

Présentation générale de l'établissement ou des établissements intéressés en cas de demande d'autorisation de regroupement, précisant les activités de soins exercées ainsi que les équipements matériels lourds autorisés.

- b. Description des installations/ services / équipement matériels lourds**

Description des installations, des services ou des équipements matériels lourds compris dans l'opération et faisant apparaître le respect des conditions réglementaires fixées en application des articles L. 6123-1 et L. 6124-1 ainsi que, le cas échéant, de celles relatives à la protection contre les dangers des rayonnements ionisants.

- c. Financement du projet**

Description des modalités précises de financement du projet, une présentation du compte ou du budget prévisionnel d'exploitation, et, lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, les éléments du plan global de financement pluriannuel des investissements prévu à l'article R. 6145-65 relatifs à l'opération.

iv. Evaluation de l'activité

Cette partie doit comporter l'engagement du demandeur de procéder à l'évaluation ayant pour objet de vérifier que la mise en œuvre de l'autorisation a permis :

- *la réalisation des objectifs du schéma d'organisation des soins ;*
- *la réalisation des objectifs et des engagements pris dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour cette activité de soins ou cet équipement matériel lourd ;*
- *le cas échéant, le respect des conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique en application de l'article L. 6122-7 ou le respect des engagements mentionnés au même article.*

Il doit être également précisé :

a) Les objectifs qu'il se fixe pour mettre en œuvre les objectifs du schéma d'organisation des soins, notamment au regard de l'accessibilité (notamment part des patients pris en charge au tarif opposable), de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de la continuité et de la prise en charge globale du patient ;

b) Les indicateurs supplémentaires qu'il envisage d'utiliser en vertu du dernier alinéa de l'article R. 6122-24 ;

c) Les modalités de recueil et de traitement des indicateurs prévus audit article ;

d) Les modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d'évaluation ;

e) Les procédures ou les méthodes d'évaluation de la satisfaction des patients.

Pour établir cette partie du dossier, le demandeur utilise, lorsqu'elles existent, les méthodes publiées par la Haute Autorité de santé pour l'activité de soins ou l'équipement matériel lourd considéré.

(Réf. Articles L. 6122-5, R. 6122-23 et R. 6122-24 du Code de santé publique)

Annexe 2 :



CIRCULAIRE
CIR-18/2018

Document consultable dans Médi@m

Date :
17/08/2018
Domaine(s) :
dossier client prof. de santé

à Mesdames et Messieurs les			
<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input checked="" type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> Cnam
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables	<input checked="" type="checkbox"/> UGECAM	<input type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> DCGDR			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service	

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La présente circulaire a pour objet de présenter les modalités de mise en œuvre de la décision du 10/07/2018 relative à l'inscription de l'acte de bilan visuel (RNO) réalisé par l'orthoptiste dans le cadre d'un protocole de coopération entre un médecin ophtalmologue et un orthoptiste

Objet :
Décision UNCAM du 10/07/2018 relative à l'inscription de l'acte de bilan visuel (RNO)

Liens :

Plan de classement :
P04-01

Emetteurs :
DDGOS

Pièces jointes : 4

Mots clés :

médecin ; ophtalmologiste ; ophtalmologue ; orthoptiste ; RNO ; protocole de coopération ; filière visuelle

P/ Le Directeur Délégué
aux Opérations

Philippe TROTABAS

La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins

Annelore COURY

CIRCULAIRE : 18/2018

Date : 17/08/2018

Objet : Décision UNCAM du 10/07/2018 relative à l'inscription de l'acte de bilan visuel (RNO)

Affaire suivie par :

filiere-visuelle.cnam@assurance-maladie.fr

dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr

1. Rappel du contexte et de la rémunération dérogatoire de l'acte RNO

La filière visuelle est confrontée à des tensions liées notamment à la démographie des médecins ophtalmologues et à une augmentation des soins pour les affections visuelles chroniques en lien avec l'accroissement et le vieillissement de la population.

Cette situation génère des difficultés d'accès aux soins traduites notamment par l'allongement des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue.

L'une des solutions pour améliorer l'offre de soins consiste à encourager la coopération entre orthoptistes et ophtalmologistes en recentrant le travail du médecin sur les tâches les plus médicales.

Des protocoles de coopération conclus à l'initiative de professionnels de santé qui souhaitent s'engager dans une démarche ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activité, d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient ont été définis par l'article 51 de la loi HPST (article L.4011-2 du code de la santé publique).

Ainsi, deux protocoles de coopération portant délégation de tâches entre ophtalmologues et orthoptistes ont fait l'objet d'un avis favorable du collège de la Haute autorité de santé (avis n° 2013-033 et 2013-034/AC/SEVAM du 6 mars 2013) et bénéficié d'un financement dérogatoire sur le risque pour :

- le bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement / adaptation de corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans ;
- le bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement / adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans.

Ces deux protocoles sont joints en annexe 1 et 2 de la présente circulaire.

2. Inscription de l'acte RNO à la nomenclature NGAP

L'article L. 4011-2-3 du code de la santé publique prévoit qu'au terme de la durée du protocole de coopération, sur la base d'un avis de l'HAS sur l'efficacité et la sécurité du protocole en termes de santé publique et d'un avis du collège des financeurs, une prise en charge par inscription des actes au remboursement peut intervenir avec détermination des modalités de rémunération par le collège des financeurs et ensuite inscription des actes concernés sur la liste des actes et prestations définie à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, par avis n° 2017.0105/AC/SA3P du 20 décembre 2017 le collège de l'HAS a rendu un avis favorable sur la pérennisation du financement des deux protocoles de coopération visés supra et leur inscription au remboursement dans le cadre des règles de droit commun.

Il s'agit du premier acte réalisé en coopération inscrit à la nomenclature. Ce faisant, une section est créée dans le Livre III de la LAP dans une nouvelle partie VIII bis dédiée aux médecins et aux orthoptistes.

Par avis n° 2018-01 portant sur le modèle économique dans le droit commun de deux protocoles de délégation entre ophtalmologistes et orthoptistes, le collège des financeurs a rendu le 5 janvier 2018 un avis favorable sur le financement pérenne de ces protocoles sous réserve qu'ils soient mis en œuvre dans les conditions suivantes dans le cadre du droit commun :

- rémunération de l'acte réalisé en équipe fixée à 28€,
- acte réalisé à tarif opposable et dans un lieu d'exercice unique regroupant l'ophtalmologiste et l'orthoptiste (que ce dernier exerce sous forme libérale ou salariée),
- conditions spécifiques de facturation de ces actes précisées par la décision du Directeur général de l'UNCAM,
- prorogation du financement dérogatoire des deux protocoles de coopération jusqu'à l'inscription à la nomenclature des actes réalisés en équipe.

Les conditions de réalisation de l'acte en coopération définies par les deux protocoles de coopération et validées par la HAS continuent de s'appliquer dans le cadre de la réalisation de l'acte dans les conditions de droit commun.

La décision UNCAM du 10 juillet 2018 (JO du 24/07/2018) acte l'inscription du RNO à la NGAP.

3. Règles de facturation de l'acte RNO

- ✓ Le collège des financeurs a acté que l'acte en coopération « RNO » serait facturable par des ophtalmologistes libéraux travaillant en coopération avec des orthoptistes salariés ou facturable par des ophtalmologistes ou orthoptistes libéraux travaillant en coopération. Dans ce dernier cas la facturation de l'acte à l'assurance maladie est possible par l'un ou l'autre des professionnels de santé charge à eux ensuite de se répartir le montant de l'acte de 28 euros (règles de répartition des honoraires libres et à définir entre les professionnels).
- ✓ S'agissant d'un acte de coopération, quel que soit le professionnel qui facture, le taux de remboursement qui s'applique est celui applicable aux médecins dans la mesure où il s'agit d'un acte médical délégué : taux de remboursement 70% que l'acte soit facturé par l'ophtalmologiste ou l'orthoptiste libéral.

- ✓ L'acte ne peut être facturé qu'une seule fois par patient soit par l'orthoptiste, soit par l'ophtalmologue, à l'issue de sa complète réalisation.
- ✓ Pendant la période allant du bilan visuel réalisé par l'orthoptiste à la lecture du bilan par l'ophtalmologue (délai maximum de 8 jours pour la lecture du bilan et la facturation), n'est pas autorisée la facturation :
 - d'un bilan orthoptique, d'une mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation, d'une exploration du sens chromatique, d'une rétinographie par un orthoptiste,
 - des actes CCAM suivants : BGQP007, BGQP009, BGQP140, BLQP010, BJQP002,
 - d'une consultation par l'ophtalmologue, sauf situation d'urgence.

4 - Le circuit de facturation de l'acte RNO mis en place

1^{er} cas : l'ophtalmologiste libéral facture l'acte RNO et travaille en coopération avec un orthoptiste salarié

La première sécurisation de la facture par la Carte Vitale du patient est faite au moment du bilan visuel effectué avec l'orthoptiste salarié doté de sa CPE (Carte de Personnel d'Etablissement).

La deuxième sécurisation de la facture par la CPS de l'ophtalmologiste est faite au moment de la validation du bilan visuel par l'ophtalmologiste.

La sécurisation SESAM Vitale désynchronisée est intégrée aux logiciels SESAM-Vitale 1.40.

Une fiche d'information expliquant ces modalités de facturation du code prestation « RNO » en SESAM Vitale désynchronisé a été diffusée aux éditeurs de logiciels (annexe 7) et mise en ligne sur ameli.

Le circuit est donc le suivant :

- 1- L'orthoptiste salarié réalise le bilan visuel du patient.
- 2- L'orthoptiste salarié à l'aide de sa CPE et de la carte vitale du patient prépare la FSE en codant l'acte RNO et prépare la prescription de corrections optiques.
- 3- L'ophtalmologiste valide les résultats du bilan visuel et avec sa carte CPS signe la FSE préparée et effectue la télétransmission. Cette étape doit s'effectuer dans un délai maximum de huit jours à compter de la préparation de la FSE.
- 4- L'ophtalmologiste ou son secrétariat envoie la prescription au patient dans les 8 jours après le bilan.

En l'absence de carte Vitale, seul le mode de transmission en mode SESAM Vitale dégradé sera possible. Par dérogation, l'ophtalmologiste est exonéré de l'envoi de la feuille de soins papier reflet du flux télétransmis.

2^{ème} cas : l'ophtalmologiste libéral facture l'acte RNO et travaille en coopération avec un orthoptiste libéral

Le circuit est le suivant :

- 1- Dans le cas où le cabinet de l'ophtalmologiste et de l'orthoptiste bénéficie d'un secrétariat, la facture est préparée par le secrétariat doté d'une CPE et la première sécurisation est effectuée avec la Carte Vitale du patient au moment où l'orthoptiste réalise le bilan visuel du patient.
- 2- L'orthoptiste transmet les résultats du bilan à l'ophtalmologiste.
- 3- L'ophtalmologiste valide les résultats du bilan visuel dans un délai maximal de huit jours et signe la FSE préparée par le secrétariat avec sa carte CPS.

En l'absence de secrétariat, l'ophtalmologiste transmet une FSE en mode SESAM Vitale dégradé (absence de carte vitale). Par dérogation, l'ophtalmologiste est exonéré de l'envoi de la feuille de soins papier reflet du flux télétransmis.
- 4- L'ophtalmologiste ou son secrétariat envoie la prescription au patient dans les 8 jours après le bilan.

3^{ème} cas : l'orthoptiste libéral facture l'acte RNO et travaille en coopération avec un ophtalmologiste libéral

Le circuit est le suivant :

1. L'orthoptiste libéral réalise le bilan visuel du patient.
2. L'orthoptiste transmet les résultats du bilan à l'ophtalmologiste libéral.
3. L'orthoptiste libéral à l'aide de sa CPS et de la carte vitale du patient prépare la FSE en codant l'acte RNO (mode SESAM Vitale désynchronisé) ; l'orthoptiste doit renseigner le champ prescripteur de sa FSE avec le numéro de l'ophtalmologiste qui effectue la lecture du bilan ; il prépare la prescription de corrections optiques.
4. L'ophtalmologiste valide les résultats du bilan visuel et informe l'orthoptiste que sa validation est effectuée et qu'il peut facturer l'acte RNO ; cette étape doit s'effectuer dans un délai maximum de huit jours à compter de la préparation de la FSE par l'orthoptiste.
5. L'orthoptiste télétransmet la facture de l'acte RNO en mode SESAM Vitale sécurisé. L'orthoptiste étant un professionnel de santé prescrit, la FSE transmise sera accompagnée de la numérisation et de la transmission via SCOR de la nouvelle prescription effectuée par l'ophtalmologiste (et transmise à l'orthoptiste par l'ophtalmologiste dans le délai de 8 jours suivant l'acte réalisé par l'ophtalmologiste à l'instar de l'envoi fait au patient).
6. L'ophtalmologiste ou son secrétariat envoie la prescription au patient dans les 8 jours après le bilan.

Afin de prendre en compte les évolutions intervenues sur l'acte « RNO », la fiche réglementaire FR 123v2 et la fiche d'information FI 370v3 sont diffusées aux éditeurs SESAM-Vitale et sur le site du GIE SESAM-Vitale.

Annexe 1 : Libellé complet à la NGAP

Annexe 2 : Avis du collège des financeurs

Annexe 3 : Protocole de coopération pour la réalisation du bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans

Annexe 4 : Protocole de coopération pour la réalisation du bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans

Annexe 3 :

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
12/02/91

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs MMES et MM les Agents Comptables - des Caisses Primaires d'Assurance Maladie - des Caisses Régionales d'Assurance Maladie - des Caisses Générales de Sécurité Sociale MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux M le Médecin Chef de La Réunion
--

Réf. :

CABDIR n° 3/91

Plan de classement :

23	2414					
----	------	--	--	--	--	--

Objet :

APPLICATION DE LA COTATION PROVISOIRE DES EXAMENS D'IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE NUCLEAIRE DANS LES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION SOUS COMPETENCE TARIFAIRE DE L'ETAT.
La circulaire interministérielle n° 90.31 du 28 décembre 1990 précise les modalités de facturation et de prise en charge par l'Assurance Maladie des examens d'imagerie par résonance magnétique nucléaire réalisés dans les établissements d'hospitalisation sous compétence tarifaire de l'Etat.

Pièces jointes :

--	--	--

Liens :

Com.circ	CABDIR	50/90
----------	--------	-------

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DESMES C. POUILLOUX - ENSM Dr. BISTCHENAUX - DMA S. PAPILLON

Téléphone :

42.79.33.62 - 42.79.34.23 - 42.79.32.12

@

12/02/91
Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs
MMES et MM les Agents Comptables
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux
M le Médecin Chef de La Réunion

N/Réf. : CABDIR n° 3/91

Objet : Modalités de facturation et de prise en charge des examens d'imagerie par résonance magnétique nucléaire réalisés dans les établissements d'hospitalisation sous compétence tarifaire de l'Etat.

Je vous prie de trouver, ci-jointe en annexe, la circulaire interministérielle n° 90.31 du 28 décembre 1990 relative aux modalités de facturation et de prise en charge des examens d'imagerie par résonance magnétique nucléaire, réalisés dans les établissements d'hospitalisation sous compétence tarifaire de l'état ou à leur demande.

Cette instruction des Pouvoirs Publics précise, pour les établissements d'hospitalisation publics, les modalités d'application de la cotation provisoire fixée par le Ministre en application de l'article 4-2°) des dispositions générales de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels dont les dispositions ont été indiquées par lettre interministérielle du 14 septembre 1990 qui vous a été communiquée par circulaire CABDIR n° 53/90 du 22 octobre 1990.

La circulaire interministérielle précise à cet effet les modalités de facturation et de prise en charge des examens d'imagerie par résonance magnétique nucléaire lorsque ceux-ci sont réalisés dans le cadre du secteur public ou lorsqu'il s'agit d'une co-utilisation de l'équipement.

1) **Dans le secteur public de l'établissement hospitalier titulaire de l'appareil**

Les examens réalisés sur des malades hospitalisés ou des consultants externes sont financés par la dotation globale.

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'examens effectués en consultation externe, dans le cas où l'assuré ne justifie pas de droits ouverts, l'établissement hospitalier procède à une facturation individuelle d'un C3 ou CS3 et d'un forfait technique dans les conditions précisées par la circulaire CABDIR n° 53/90 du 22 octobre 1990.

L'imprimé spécifique joint en annexe sert de support de facturation du forfait technique. L'établissement hospitalier complète la partie mode de "remboursement" de l'imprimé en cochant la case "remboursement à l'assuré".

2) **Dans le cadre de la co-utilisation de l'équipement des établissements d'hospitalisation**

Les dispositions de la circulaire interministérielle n° 90.H 245 du 6 mars 1990 qui vous ont été précisées par circulaire CABDIR n° 50/90 du 13 juin 1990 sont modifiées compte tenu de la nouvelle cotation des examens.

- Les modalités de facturation sont identiques à celles précisées par circulaire CABDIR n° 53/90 du 22 octobre 1990 pour ce qui concerne d'une part la rémunération du médecin et d'autre part la facturation du forfait technique.

Les médecins libéraux ou les praticiens hospitaliers temps plein dans le cadre de leur exercice libéral doivent utiliser l'imprimé spécifique à la facturation du forfait technique dont le modèle est joint en annexe.

- Le calcul du forfait technique est fixé en fonction des critères retenus par la lettre interministérielle du 14 septembre 1990 :
 - . la puissance de l'imageur,
 - . la date d'installation de l'appareil,
 - . l'implantation géographique de l'appareil,
 - . le nombre d'examens effectués.
- Les modalités de prise en charge sont celles indiquées par la circulaire CABDIR n° 50/90 du 13 juin 1990.
- Par ailleurs, le nouveau dispositif prévoit dans le cadre de la co-utilisation de l'équipement des établissements hospitaliers la conclusion d'une convention entre les organismes d'Assurance Maladie et les établissements titulaires de l'appareil dont le modèle est joint en annexe II de la circulaire interministérielle.

Des contacts seront pris conjointement par les Caisses Régionales et les Caisses Primaires d'Assurance Maladie afin de mettre en place, dans les meilleurs délais, la convention rendue obligatoire pour la prise en charge des examens d'imagerie par résonance magnétique nucléaire dans le cadre de la co-utilisation des médecins libéraux de l'équipement des hôpitaux à compter du 1er janvier 1991.

Ces conventions doivent être conclues avec effet à compter du 1er janvier 1991.

3) Modalités de règlement des examens effectués dans le cadre des relations inter-établissements

La circulaire interministérielle n° 87 H 277 du 26 juin 1987 relative au modalités d'échanges de prestations entre établissements, jointe en annexe de la circulaire DGR n° 2210/87 - ENSM n° 1157/87 du 28 juillet 1987, est modifiée par les modalités précisées en annexe I de la circulaire du 28 décembre 1990.

Il est à noter que le montant du forfait technique qui est facturé à l'établissement demandeur doit être déterminé dans les conditions prévues par la lettre interministérielle du 14 septembre 1990. (Cf. annexes III et IV de la circulaire ministérielle ci-jointe).

Par ailleurs, il appartient à l'établissement exécutant d'indiquer à l'établissement demandeur, lorsqu'il s'agit notamment d'un établissement privé, les mentions nécessaires au remboursement du forfait technique telles que précisées à l'article 4.2 de la convention.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés éventuelles rencontrées dans l'application de ces dispositions.

Le Directeur

Gilles JOHANET

PJ : *Circulaire ministérielle n° 90/31 du 28 décembre 1990*



FACTURATION



Mars 2017

FORFAITS TECHNIQUES IRM ET SCANNER

FORFAITS TECHNIQUES SCANNER

Forfaits techniques scanner - Tarifs applicables au 13/02/2017				
Type d'appareils	Forfait Plein ≅ activité de référence**	Forfaits réduits selon les tranches d'activité		
		De l'activité de référence** à 11 000 actes	De 11 001 actes à 13 000 actes	> 13 000 actes
Amortis*, toutes classes	70,38 €	56,37 €	41,88 €	29,63 €
Non amortis, toutes classes	94,53 €			
Cotation	FTN	FTR	FR2	FR3

* Sont considérés comme amortis les appareils installés depuis plus de 7 ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.

** L'activité de référence des appareils de scanographie est déterminée par la classe de l'appareil. La classification des équipements de scanographie par constructeur est disponible en Annexe 3 des Dispositions générales de la CCAM.

Scanner - Activités de référence		
Classe 1	Classe 2	Classe 3
3 500 actes	5 700 actes	6 700 actes

FORFAITS TECHNIQUES IRM

Forfaits techniques IRM-Tarifs applicables au 13/02/2017								
Puissance de l'appareil	P < 0,5T	P = 0,5T	0,5T < P < 1,5 T	P = 1,5T	P > 1,5T	P = 1,5T dédié aux membres	P = 1,5T spécialisé ostéo-articulaire	Cotation
Activité de référence	3500	4000	4000	4750	4500	4500	4500	
Forfaits pleins en fonction du type d'appareils								
Forfaits pleins non amortis*	115,83€	112,95€	187,75€	167,40€	195,91€	104,69€	120,51€	FTN
Forfaits pleins amortis*	119,68€				138,76€	72,01€	84,28€	FTN
Forfaits réduits selon les tranches d'activités								
> activité de référence ≅ à 8000 actes (FTR)	71,19€				71,56€	46,67€	48,88€	FTR
De 8001 à 11000 (FR2)	52,54€				61,81€	38,73€	40,74€	FR2
> à 11000 actes (FR3)	26,11€				38,63€	24,20€	25,46€	FR3

* Sont considérés comme amortis les appareils installés depuis plus de 7 ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.



Consultez www.amell.fr
Utilisez les services en ligne "Espace Pro"

ASSURANCE MALADIE
l'Assurance
Maladie
HÉRAULT

