

La lettre de la FNMR

fnmr.org

Les raisons de la colère



2012 s'achève comme elle a commencé, avec le changement et la continuité.

Le changement a été officiellement incarné par le changement de

Président de la République et la mise en place de nouvelles équipes. La continuité est restée, comme d'habitude, pour ne pas changer. C'est même elle qui prime avec son cortège d'idées reçues et d'immobilisme : centralisme administratif, hospitalo-centrisme, anti-libéralisme... On peut même se demander si d'autres « ismes » ne pourraient pas prendre une place dans cette liste tant le pseudo-dialogue est une absence de dialogue, absence sous tendue par des manipulations de l'opinion, facilitées par les intervenants multiples, parfois francs-tireurs, et souvent partisans.

Il serait bon que 2013 soit une année de changement, en souvenir de la Convention montagnarde, de 1793, mais pas de la Terreur, même si on ne manque pas de Fouquier-Tinville...

Le patient s'émeut des délais de rendez-vous pour une consultation qui est, semble-t-il, une des véritables

causes de renoncement aux soins, avant même la question des tarifs et du secteur II. Le patient a raison de s'inquiéter. La presse souligne que « la moitié des cardiologues ont plus de 55 ans », en oubliant que d'autres spécialistes sont dans le même cas. Il est vrai que le cœur, c'est important ! Le patient pourrait aussi s'émouvoir des délais de rendez-vous en IRM et du sous-équipement dans notre pays, paradoxe français bien connu et sans remède malgré les négociations, microcholines et incessantes, à coup de SROS, avec les nouveaux royaumes que sont les ARS issus de la loi HPST et de l'Ancien Régime. Le patient pourrait aussi demander aux mutuelles pourquoi elles sont protégées, malgré des frais de gestion élevés, alors qu'aux Etats-Unis, les Health Medical Organization (HMO) ont été obligées à faire preuve de transparence et à rendre l'argent des assurés si elles faisaient des bénéfices.

Le médecin, jeune ou vieux, s'émeut aussi. On s'aperçoit enfin que les médecins sont à la merci de l'Etat et de l'assurance maladie qui ont poussé à l'extrême la non gestion des carrières malgré les engagements conventionnels, bien anciens et bien oubliés. Les vieux, les plus de 55 ans, sont au bord

de la rupture alors que les jeunes se demandent, enfin, s'ils ont subi une sélection stupide, un cursus long et harassant puis un examen classant national pour supporter de la part de l'Etat et de l'assurance maladie ce qu'aucune entreprise, nationalisée ou non, n'oserait faire subir à ses salariés. Aucun secteur de la société n'a poussé à ce point, dans une logique égalitariste d'un autre âge, la négation de l'expérience, de la compétence et des résultats face à des « professionnels » de haut niveau. Une telle méthode ne peut conduire qu'à la médiocrité ou à la révolte.

Les médecins ont raison de se révolter contre l'abaissement de leur profession, et ils sauront aussi prendre leurs responsabilités, réorganisation et qualité des soins, dans une marge de liberté qui devra être conquise. Ils ne sauraient oublier que l'on ne peut faire de médecine sans médecin, contrairement à ce que pensent certains.

2013 sera une année cruciale à plus d'un titre !

Dr Jacques NINEY
Président de la FNMR

■ L'impact de la T2A sur le management des établissements	02
■ Remplacements-Radiologie	06
■ Lectures	08 & 09
■ Le poids des dépassements	10
■ PLFSS 2013	11
■ Information sur le contrôle de qualité des échographes	12
■ Fermeture FNMR et FORCOMED	12
■ Statistiques : Dépenses de l'assurance maladie	14
■ Hommage	14
■ Petites annonces	16

■ Annonceurs :	
BRACCO	03
FORCOMED	13
FUJIFILM	11
GE HEALTHCARE	07
PMFR	09
UNIPREVOYANCE	15



L'impact de la T2A sur le management des établissements

Au début de l'année 2012, l'inspection générale des affaires sociales a publié un rapport : « Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé »¹. Jean-Charles Guilbeau, membre du bureau de la FNMR, a sélectionné quelques passages de ce rapport dont la lecture pourra intéresser les médecins exerçant en établissement.



Lors de son discours de présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013 (PLFSS 2013), Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, a réaffirmé ce qu'elle avait annoncé au mois de mai lors de l'exposition Hôpital Expo, à savoir que le gouvernement a "fait le choix de réintroduire la notion de service public hospitalier dans la loi

et de mettre fin à la convergence tarifaire, qui niait la spécificité des missions de l'hôpital public". Elle a également annoncé que : "la tarification à l'activité ne sera plus le seul mode de financement de nos hôpitaux et nous protégerons les missions d'intérêt général en mettant fin à la pratique des gels de début d'année". C'est en tenant compte de la réorientation de la politique du ministère qu'il faut lire, ou relire, ce rapport qui précédait les déclarations ministérielles.

La mission de l'IGAS a choisi une méthode spécifique pour traiter la question de l'évaluation de la T2A sur le management en se déplaçant sur de nombreux sites pour interroger les acteurs.

Il ressort du rapport de l'IGAS que si le principe d'un financement selon les principes de la T2A n'est pas remis en cause, ses modalités d'application font l'objet de nombreuses critiques : complexité du système, confusion des objectifs assignés, manque de lisibilité, instabilité.

La mission estime que les établissements se sont organisés pour assurer le codage et la facturation qui ont pris une dimension stratégique.

La T2A a également favorisé le développement d'outils de gestion "inégalement développés" dans le secteur public. Un des effets induits a été de favoriser le dialogue entre direction d'établissement et équipes médicales et soignantes, particulièrement dans les établissements publics ou privés non lucratif. La mission considère aussi que la T2A a contribué à accélérer la contractualisation avec les pôles

Principes de la T2A

Les tarifs par séjour

Les actes réalisés pour un même patient sont agrégés dans un résumé de sortie standardisé (RSS). Les RSS sont complétés par diverses informations (âge, diagnostics associés,...). Le séjour est ensuite affecté à un groupe homogène de malade (GHM).

Il est ensuite tenu compte de la particularité de certains séjours pour obtenir des groupes homogènes de séjour (GHS).

Chaque GHS, il en existe 2300, fait l'objet d'une tarification annuelle.

Les tarifs par prestations

Il s'agit des prestations non couvertes par les GHS.

Les tarifs dits de responsabilité des consommables : médicaments et dispositifs médicaux.

A la T2A, s'ajoutent 2 autres sources de financement : les forfaits (urgences et prélèvements d'organes) et les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC).

¹ Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé – Anne Bruant-Bisson, Paul Castel, Maurice-Pierre Panel. Inspection générale des affaires sociales – mars 2012

Injecteur automatique unique pour scanner

CT Exprès™ 3D

Le seul injecteur à 3 voies sans seringue pour une productivité optimale



Sécurité

- Unidirectionnel, éliminant tout risque de rétrocontamination et contamination croisée.
- Détecteur d'air sur la ligne Patient.
- Détection d'occlusion.
- Set patient à usage unique.
- Rinçage automatique des axes veineux à la fin de chaque injection.
- Bolus pulsé pour optimiser la quantité de PdC injectée.
- Asepsie renforcée, pas de transfert de PdC (injection directe à partir du flacon de PdC).



Simplicité

- Prêt en quelques secondes.
- Verrouillage et purge automatiques de la ligne patient.
- Manipulations simplifiées, sans seringue, injection à partir de tous types de flacons de PdC.
- 3^{ème} voie pour le NaCl toujours disponible.



Rapidité

- 2 voies d'injection pour 2 patients consécutifs + 1 voie NaCl disponible à tout moment.
- Chargement en un seul clic : pas de transfert du PdC du flacon à la seringue.
- Interface utilisateur ergonomique.
- Non captif, compatible tous types de PdC (flacons verre, plastique et poches, de 50 à 200 ml).

Swiss Medical Care ■ ■ ■ ■ ■

a Bracco Group company

www.swissmedcare.com



LIFE FROM INSIDE

et rendu plus lisible le processus de décision dans les établissements. Mais le rapport signale qu'il existe un déséquilibre entre ceux qui maîtrise la T2A (membres du directoire, chefs et cadres de pôles, médecin DIM) et les autres praticiens hospitaliers ou personnels soignants.

La mission évoque également le risque d'une approche trop financière de l'organisation des établissements avec pour corolaire la crainte d'une dévalorisation des bonnes pratiques dans le cas d'activités jugées non rentables. Les auteurs précisent cependant que personne ne leur a fait part de situation de cette nature.

En revanche, plusieurs éléments suscitent une certaine réserve. Ainsi, les règles de la T2A sont souvent jugées peu claires. L'instabilité du modèle tarifaire (évolution du périmètre des GHM et de la valeur des tarifs), le renforcement des politiques de régulation, entre autres, sont autant de facteurs qui font obstacle à la définition d'une stratégie claire.

Les rapporteurs constatent qu'une meilleure connaissance des coûts et du suivi de l'activité médicale, avec l'introduction de la T2A, n'a pas entraîné de modifications " brutales " des activités médicales et des stratégies d'établissements. Néanmoins, la T2A favorise des évolutions ciblées des pratiques et de l'organisation médicale, notamment avec le suivi de la durée moyenne de séjour et

sa réduction tant dans le public que le privé. Elle favorise également le développement de la chirurgie ambulatoire dans le public et la coopération entre établissements.

Pour les cliniques privées, la T2A a conduit à une stratégie nouvelle pour diversifier une offre trop spécialisée jusque-là dans de petits établissements.

La mission a observé la création d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) entre un centre hospitalier et les cabinets de ville pour la prise en charge de l'imagerie médicale. Le choix d'une tarification à l'acte permet d'éviter la coexistence de tarifs et de plages public/privé. Les rapporteurs concluent que cette coopération permet non seulement de " gérer l'existant " mais aussi de " développer de nouvelles activités ".

Au final, la mission considère que " l'impact de la T2A reste modeste sur les organisations et la prise en charge médicale ". ■

Jean-Charles GUILBEAU
Membre du Bureau de la FNMR



Extraits du rapport " Evaluation des effets de la tarification à l'activité sur le management des établissements de santé " IGAS mars 2012.

Un impact modeste sur le management des établissements privés

Dans les établissements privés, la T2A n'a pas véritablement fait évoluer ni le management global ni le processus de décision lui-même, les choix stratégiques relatifs à l'établissement demeurant du ressort de la direction.

Cette absence d'évolution significative tient pour l'essentiel au mode de rémunération des médecins, qui n'a pas été modifié par le passage à la T2A. C'est désormais l'établissement qui est rémunéré sur la base de tarifs au lieu de forfaits à la journée ; mais les médecins demeurent rémunérés à l'acte, leurs honoraires découlant de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Dans les structures où les médecins sont détenteurs de tout ou partie du capital, ils participent de ces choix à la mesure de l'importance de leur actionnariat, sans pourtant que la T2A n'ait modifié le fonctionnement d'ensemble. Dans les groupes plus structurés, qu'ils aient une emprise nationale ou régionale, les médecins ne sont généralement pas actionnaires des structures ou simplement de façon marginale. L'individu existe donc moins, les médecins sont des opérateurs de haut niveau mais influent peu sur le processus décisionnel stratégique. Le choix de certains groupes de faire évoluer leurs structures vers une prise en charge plus polyvalente accentue cette tendance.

Ainsi, la décision de la direction d'un établissement privé d'ouvrir un service d'urgence dans un secteur populaire et

moins favorisé d'une grande agglomération d'Aquitaine a-t-elle été prise en dépit de l'avis négatif de certains médecins spécialistes.

L'appartenance d'un établissement privé à un groupe modifie l'approche du management local de chaque établissement : l'activité fait l'objet d'un suivi consolidé au siège qui produit en routine des statistiques pour chaque établissement et le groupe ; chacun peut ainsi se comparer mais est également sous surveillance étroite du siège.

Néanmoins, la mise en place de la T2A a contribué au moins à deux évolutions :

- la restructuration des cliniques : mouvements d'absorption/fusion et regroupements qui tendent à la disparition des cliniques mono spécialisées isolées ;
- l'amorce d'un rapprochement entre équipe de direction et personnels médicaux. Les établissements ont besoin de praticiens compétents, dont le renom sera susceptible d'attirer une clientèle ; la fluidité du parcours du patient et des processus de codage et de facturation associés, renforcés et optimisés avec l'instauration de la T2A, le suivi de la durée de séjour et la préparation du parcours aval sont des objectifs communs aux médecins et à l'établissement.

Toutefois, les directions de ces établissements relèvent de façon générale une difficulté supplémentaire en termes de management : la déconnexion entre la rémunération de l'établissement (T2A) et celle des médecins (actes-honoraires CCAM) d'où une relative irresponsabilité, au sens juridique, des médecins en cas d'erreur de codage. C'est l'établissement qui est pénalisé, non le médecin. Pour contourner cette difficulté, la **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a indiqué à la mission qu'elle serait favorable à la création de GHS incluant la rémunération des médecins**, une proposition reprise par les établissements privés rencontrés par la mission. Une telle proposition, qui ne recueille pas l'accord de la conférence des présidents de CME du privé, mériterait des investigations approfondies.

Au plan managérial, **les contrats d'exercice pourraient être le support d'un accord sur cette question de la responsabilisation des médecins dans l'erreur de codage qui pénalise l'établissement**, même s'il n'est pas toujours simple de faire évoluer ou de mettre fin à un contrat, notamment si la démographie médicale place les médecins en position de négociation favorable.

Des réflexions stratégiques intéressantes mais qui ne jouent qu'à la marge sur l'offre de soins proposée à la population

Pour autant et compte tenu de l'organisation de notre système de soins en niveaux de recours, avec un réseau d'établissements dont les rôles sont différents, et parce que la T2A se développe dans un espace par ailleurs régi par une

planification régionale et des autorisations, la coopération peut être une solution pour conforter des activités ou plus encore des filières.

La mission a constaté des initiatives très intéressantes en la matière. Ainsi de la mise en place de groupements de coopérations sanitaire (GCS) de moyens entre deux CH pour organiser la présence des chirurgiens d'un des CH dans le second et maintenir une activité dans ce dernier, en permettant au premier de récupérer des patients plus lourds qui se faisaient soigner ailleurs ; ainsi de la coopération entre tel CH et tel CHU pour développer la chirurgie cardiaque en recours au CHU ; ou de la filière Oncologie mise en place entre un CHU et un CH avec des praticiens à temps partagé.

Ou encore de tel GCS de moyens entre un CH et les cabinets de ville pour la prise en charge de l'imagerie médicale, avec le choix d'un GCS privé et d'une rémunération à l'acte pour éviter la coexistence de tarifs et de plages public/privé. Il s'agit bien là autant de gérer l'existant que de développer de nouvelles activités.

La réflexion sur le contrôle de la pertinence des actes doit déboucher rapidement, pour être un nouvel outil au service des établissements comme des autorités de régulation régionale et nationale

Les contrôles de l'assurance maladie sont ciblés sur le respect de la norme c'est-à-dire de la conformité du codage aux actes réalisés, avec bien sûr des discussions sur l'interprétation de celle-ci. Ces contrôles sont à l'évidence mal perçus par les établissements, d'autant que les pénalités qui s'y attachent, plus que les indus, apparaissent aux établissements tout à fait disproportionnés. L'importance des contestations (plus de 50% des établissements publics sollicités par questionnaire) et des contentieux après sanction (près de 50%) traduisent sans doute le choix d'une utilisation massive au recours à la fois pour retarder la sanction et sans doute pour peser sur les décisions. En cela, le nouveau décret ² est une réponse à l'attente des établissements. Au demeurant, cette forte contestation peut également traduire une difficulté à s'approprier de nouvelles règles (exemple des actes frontières).

Les Comités techniques régionaux de l'information médicale (COTRIM), supprimés par la loi HPST ont été maintenus comme espace de discussion dans l'ensemble des régions rencontrées par la mission. Les établissements de santé y dénoncent l'absence des médecins du régime général, alors que les médecins de la MSA et du RSI continuent de participer. La CNAMTS a mis fin à cette participation qui plaçait ses médecins en situation de conflit d'intérêt, en raison de la présence importante au COTRIM de médecins DIM des établissements susceptibles d'être contrôlés. La mission entend ces raisons, mais l'amélioration de la qualité du codage passe nécessairement par une action de pédagogie à laquelle les médecins contrôleurs peuvent

² Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

contribuer au premier chef. Elle prend note que la CNAMTS n'exclut pas sa participation dans les ex-COTRIM pour une expertise technique ponctuelle. La nouvelle réglementation mise en vigueur à l'automne sera également l'occasion de travailler différemment.

Au-delà de ce contrôle de la qualité se pose la question plus complexe mais essentielle de la pertinence des actes. L'augmentation d'activité, on l'a dit plus haut, relève en très grande partie d'un effet codage et d'une meilleure valorisation de l'activité surtout dans le secteur public (nous ne sommes que dans la 4ème année de 100% T2A).

Mais le constat en 2008 d'une forte augmentation de l'activité du secteur privé pouvait déjà amener à se poser la question.

La récente étude demandée par la DGOS et la DREES donne un premier éclairage globalement rassurant sur l'hôpital : 10% seulement des lits occupés à l'hôpital le sont de manière inadéquate (avec un très faible pourcentage en chirurgie, 5%), et moins de 10% des séjours présentent une inadéquation, le plus souvent au cours du séjour et non à l'admission. Néanmoins, la CNAMTS constate aujourd'hui quelques tendances qui mériteraient d'être analysées, et notamment :

- l'augmentation d'actes codés du niveau 4 de sévérité sans augmentation concomitante des soins intensifs et de réanimation ;

- une évolution très importante des activités externes : ainsi une augmentation très forte est relevée dans cinq régions françaises (+10,6% d'augmentation pour les activités externes en secteur public contre +3,6% dans le secteur libéral), et des « cotations étonnantes » sur le premier semestre 2011.

Localement, plusieurs ARS ont indiqué à la mission considérer que l'augmentation d'activité va désormais au-delà de la seule valorisation optimale du codage. L'une d'entre elles illustre ce constat par la baisse constatée régionalement, suite à une série de contrôles ciblés, des actes en soins palliatifs après suppression des comorbidités associées. L'absence de contrôle pendant un an en l'attente du nouveau décret s'est traduite par une nouvelle augmentation.

Un certain nombre de travaux ont d'ores et déjà été conduits dont une étude de la CNAMTS sur l'appendicectomie et la césarienne programmée.

Sur le premier acte, cette étude permet de relever une baisse significative des interventions depuis 2006 (-11%), en particulier chez les jeunes de moins de 20 ans (-20%) et les femmes (-14%). Au-delà de cette tendance générale, on observe toutefois deux points qui mériteraient une approche



1^{er} site Internet de REPLACEMENTS - ASSOCIATIONS - SUCCESSIONS 100% dédié à la RADIOLOGIE

Trouver son remplaçant, son futur associé ou son successeur en **3** clicks:

Se connecter sur
Remplacements-Radiologie.com

Créer son profil

Poster ses annonces
et sélectionner les meilleurs
profils dans toute la France

1



2



3



La nouvelle
gamme Optima*



Le scanner à votre image

 Dose
Qualité 

 Ergonomie

 Rapidité

 Post-traitement



plus approfondie : d'une part la diminution des actes se concentre sur le secteur privé (- 20% contre 3,6% dans le secteur public) ; d'autre part le taux de recours à cette intervention varie du simple au double selon les départements.

S'agissant de la césarienne programmée, l'évolution globale est à la hausse, avec deux observations là aussi : un taux de recours qui varie de 1 à 3 selon les départements, et un recours de 3 points supérieur dans le secteur privé (9,4% contre 6,6%).

D'autres études plus ciblées ont été menées dans certaines régions par l'assurance-maladie sur le taux d'ana pathologie. Ainsi en région PACA, cette étude avait permis d'identifier, pour un taux régional moyen de 30%, quelques établissements à 72%.

L'objectif est de poursuivre les travaux sur la césarienne programmée, le canal carpien, l'appendicectomie et la cataracte. Il ne s'agit pas d'estimer a priori non pertinent tout établissement qui serait au-dessus d'une moyenne idéale (ou d'ailleurs en-dessous), mais plutôt de repérer les écarts inexplicables sur la base d'un ensemble de critères définis a priori (théorie du « faisceau d'indices » selon la CNAMTS), et d'investiguer ensuite, pour identifier les causes possibles de ces écarts, sur la base de référentiels sur lesquels la HAS a commencé ses travaux.

Ces constats méritent à l'évidence d'une part d'être systématisés, d'autre part de déboucher sur des analyses plus précises, adossées à des recommandations de bonnes pratiques, qui permettent d'éviter un recours excessif aux

soins et d'assurer et optimiser l'allocation des ressources vers les soins appropriés.

Que ce soit du côté des établissements publics comme privés, des fédérations ou des autorités de tutelle, ce développement du contrôle de la pertinence des actes fait l'objet d'un consensus largement exprimé auprès de la mission. Il ne reste donc qu'à le développer sans tarder.

Ce contrôle est en effet le pendant indispensable de la T2A et des forfaits GHS, il contribuerait à la régulation du développement de l'activité auquel incite ce mode de financement.

Mais la T2A n'est pour l'instant pas un levier de la restructuration hospitalière ...les tarifs sont complétés par des dotations MIG et AC (dont les montants ont d'ailleurs proportionnellement augmenté ces trois dernières années) conçues pour couvrir les surcoûts liés à ces missions de service public, et dont les établissements publics sont les destinataires quasi-exclusifs.

Le montant total des MIGAC votées a augmenté de plus de 50% depuis 2006, mais une partie importante des crédits est totalement fléchée, dont une partie non négligeable destinés à soulager le surendettement de certains établissements.

Le constat est au total celui d'une très grande difficulté des ARS, pour les diverses raisons invoquées supra, à faire bouger l'offre hospitalière et en particulier l'offre hospitalière publique au point que l'une des ARS auditionnées indiquait à la mission, évoquant les petites cliniques isolées avec une activité faible et pas de soutien en MIGAC, que « la clinique devient [leur] marge d'ajustement ». ■

Lectures



Traumatologie du rachis



J.-C Dosch – Préface de J.-L Dietemann

Éditions ELSEVIER MASSON

62, rue Camille Desmoulins – 92442 ISSY LES MOULINEAUX Cedex

Rappels anatomiques précis en commençant la lecture de ce livre, suivis d'une étude précise des pathologies traumatiques en fonction des différents segments rachidiens.

En conclusion, un chapitre consacré à l'imagerie interventionnelle et un autre aux traitements.

En résumé, tout ce que vous devez savoir sur la traumatologie rachidienne. L'iconographie consacrée aux différentes techniques d'imagerie est de très bonne qualité.

Ouvrage à recommander à tous mais préférentiellement aux médecins radiologues participant à la permanence des soins.

Docteur Jacques NINEY

Imagerie du sein

J. Stinès

Éditions ELSEVIER MASSON
62, rue Camille Desmoulins – 92442 ISSY LES MOULINEAUX Cedex

Ouvrage destiné aux médecins radiologues connaissant déjà l'imagerie du sein ou voulant s'y intéresser.

Rappel technique, cancer du sein, pathologies non malignes sont développés.

Un chapitre est consacré à l'interventionnel.

La lecture est facilitée grâce aux schémas, dessins, photographies.

L'iconographie est correcte.

Livre à posséder dans sa bibliothèque en complément des autres ouvrages consacrés au sein.

Docteur Jacques NINEY



PMFr
Génébault

- Pochettes pour Radiographies
- Chemises pour Echographies
- Chemises porte CD (Scanner/IRM)
- Sacs Plastique Personnalisés
- Sachets Plastique Transparent



et aussi...

Cavaliers - Papier en-tête
Cartes de rendez-vous
Cahiers de rendez-vous ...

LIVRAISON IMMÉDIATE - *Produits standards*
LIVRAISON SOUS 10 JOURS - *Produits personnalisés*

POCHETTE MÉDICALE DE FRANCE

PMFr - Génébault - B.P. 13 - 42153 RIORGES

Tél. 04 77 72 21 24 - Fax 04 77 70 55 39 - E-mail : pmfr@wanadoo.fr



Le poids des dépassements



La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié en septembre dernier une courte étude, extraite du rapport des comptes nationaux de la santé 2011, sur le poids des dépassements dans les revenus d'activité des médecins libéraux ¹.

Il ressort de cette étude que les revenus des médecins libéraux varient du simple au double selon les spécialités. Trois facteurs expliquent ces écarts ; les tarifs de base et le volume des actes mais aussi les dépassements pour certaines spécialités.

Pour 2008, les médecins ayant une activité libérale ont déclaré, en moyenne, 97 400 euros de

revenus. Pour les omnipraticiens, la moyenne a été de 76 600 euros et pour les spécialistes de 121 300 euros. Au sein des spécialités, les écarts sont importants avec, selon cette étude, 173 900 euros pour les radiologues ² (voir encadré), 170 200 euros pour les anesthésistes et, en bas de l'échelle, 77 400 euros pour les dermatologues.

Les auteurs constatent que les revenus salariés ne jouent que faiblement dans l'augmentation des revenus. Ce sont les autres facteurs, type et volume d'actes ainsi que les dépassements qui ont le plus d'impact.

Fort logiquement, les médecins de secteur 1 ³, à tarifs opposables, ne peuvent accroître leurs revenus que par la hausse de leur activité.

Pour les médecins de secteur 2, qui constituent 24% des libéraux, les revenus sont d'autant plus élevés que le volume d'activité et les dépassements progressent. Cependant, dans les premières tranches de revenus, le volume d'activité croît plus fortement que les dépassements. Inversement, pour les revenus les plus élevés de secteur 2, les dépassements augmentent plus rapidement que l'activité.

La comparaison entre les médecins des deux secteurs montre que le nombre d'actes en secteur 2 est presque toujours inférieur à celui des médecins de secteur 1. Cette relative "faiblesse" est compensée par les dépassements. Une spécialité fait exception, celle des chirurgiens, avec une activité supérieure (+18%) en secteur 2 par rapport au secteur 1.

L'étude note que deux éléments ne sont pas pris en compte, d'une part la difficulté des actes pratiqués et d'autre part le

Les revenus des médecins radiologues

L'étude repose sur les revenus fiscaux (libéraux et salariés) déclarés avant impôt pour 2008. C'est un point qui pose question. En effet, la DREES, dans d'autres publications, souligne elle-même un biais. Il s'agit de l'impossibilité de recenser les revenus et charges des médecins dont les activités sont déclarées au travers d'une société d'exercice libéral. Deux spécialités sont dans ce cas : les anesthésistes et les radiologues.

Une autre difficulté réside dans le taux de charges retenu. Pour les radiologues, les études de la DREES retiennent le taux de 56%. Il est indiqué que le taux retenu, pour les revenus 2008, est celui de 2007. Les résultats ne peuvent donc être que provisoires. Mais il est manifeste que le taux de 56% est sous-évalué.

Ces deux points, absence des SEL et sous-évaluation du taux de charges, pèsent suffisamment dans l'élaboration des revenus affichés des médecins radiologues pour que les résultats, pour cette spécialité, soient traités avec la plus grande prudence.

Le lecteur pourra toujours se référer aux revenus publiés par la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) qui pour les médecins radiologues annonce une moyenne de 127 545 € en 2008 et 128 060 € en 2010.

temps passé avec le patient. Or, il apparaît que les durées de consultation sont plus longues en secteur 2.

Le niveau de revenu semble également dépendre de la nature des actes. Les spécialités à actes techniques se retrouvant dans le haut de l'échelle comme les radiologues et les anesthésistes. Dans le cas des actes techniques, les dépassements sont proportionnellement plus faibles mais peuvent être supérieurs en valeur absolue étant donné le montant de ces actes. ■

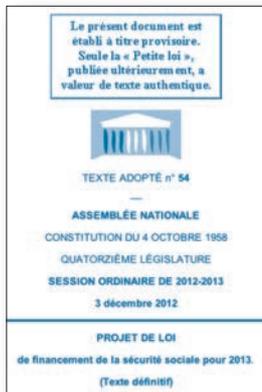
Wilfrid VINCENT
Délégué général de la FNMR

¹ Les revenus d'activité des médecins libéraux : le poids des dépassements. Vanessa Bellamy, Fanny Mikol – Etudes et résultats n° 811 – Septembre 2012 DREES.

² Rappelons que le CARMF, qui dispose de l'ensemble des revenus des médecins, donne un résultat de 127 545 € en 2008 et 128 060 € en 2010 pour les médecins radiologues.

³ L'étude distingue d'un côté les médecins de secteur 1 hors droit à dépassement permanent et de l'autre côté les médecins secteur 1 avec DP et les médecins secteur 2.

LE PLFSS 2013 adopté par l'Assemblée nationale



Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a été adopté par l'Assemblée nationale, le 3 décembre. Le Sénat avait rejeté le texte à deux reprises. Les sénateurs communistes ont, pour l'occasion, joint leurs voix à celles de l'opposition. La commission paritaire mixte (regroupant des députés et des sénateurs) n'avait pas trouvé d'accord entre les deux assemblées. C'est donc la version amendée par l'Assemblée nationale qui a été adoptée.

Le groupe UMP a saisi le Conseil constitutionnel qui devrait rendre son avis avant la fin du mois de décembre. Le vote de l'Assemblée n'a pas modifié les mesures présentées

dans la première version du projet avec un ONDAM à 2,7% et des sous-objectifs pour la ville et l'hôpital à 2,6% (voir La Lettre du Médecin Radiologue n° 352 de novembre 2012). Parmi les principales dispositions nouvelles, rappelons la création du contrat de praticien territorial qui vise à répondre à la problématique des déserts médicaux en garantissant un revenu minimum aux médecins signataires de ce contrat.

Le PLFSS 2013 inscrit également, dans son annexe B, dans la partie consacrée aux économies de la branche maladie « la recherche de gains d'efficacité des offreurs de soins, en particulier pour les établissements de santé et ceux parmi les professionnels de santé qui bénéficient de gains de productivité liés aux évolutions technologiques ». On sait que plusieurs institutions considèrent que l'imagerie médicale bénéficie de gains de productivité en raison des progrès de certains équipements (scanner et IRM). Cette approche partielle de l'examen d'imagerie fait totalement l'impasse sur l'augmentation du temps médecin. ■

FDR ACSeperate

La nouvelle référence de l'imagerie diagnostique



- ▶ Salle numérique capteur fixe 43x43 cm et capteur mobile 36x43 cm
- ▶ Tomosynthèse, double énergie et grands axes
- ▶ Résolution de 150 µm
- ▶ DQE et MTF élevées
- ▶ Prévisualisation de l'image en 2 secondes
- ▶ Positionnement automatique
- ▶ Console d'acquisition compatible FCR





Information sur le contrôle de qualité des échographes



Le SNITEM a pris l'initiative d'une démarche auprès de la FNMR afin de connaître l'avis de celle-ci sur l'éventualité de la mise en place d'un contrôle de qualité des échographes.

Le constat des constructeurs est le suivant : vieillissement du parc des échographes en France et régression progressive du nombre de contrats de maintenance permettant une surveillance

régulière de ce parc.

Lors d'une réunion qui s'est tenue en septembre 2012, le SNITEM a fourni un document proposant un contrôle de qualité des échographes élaboré par l'ensemble des firmes fournissant des machines en France.

Ce document est envisagé par les constructeurs comme la conclusion normale de la visite annuelle prévue dans chaque contrat de maintenance et a pour but de montrer l'absence de dérive des performances du matériel d'une année sur l'autre.

Le docteur Niney a fait remarquer que les radiologues ne pouvaient qu'approuver l'organisation d'une meilleure surveillance

des échographes à la condition que cela soit applicable à l'ensemble des professionnels utilisant des échographes.

Sur les contrats de maintenance proposés par les firmes, il a été souhaité que ceux-ci incluent une clause sur la traçabilité de l'ensemble des procédures de maintenance à fournir aux utilisateurs et en particulier un état documenté des résultats des contrôles.

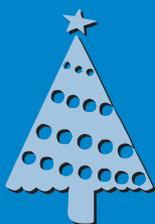
Il est nécessaire qu'à l'avenir, l'utilisateur puisse disposer de documents montrant le maintien des performances de son matériel, c'est à dire qu'il puisse avoir la certitude que son matériel ne présente pas une perte progressive des performances, celui-ci ne pouvant les apprécier dans son activité de tous les jours.

En conclusion, la FNMR ne peut que soutenir une initiative allant dans le sens d'une meilleure garantie de la qualité des soins fournis aux patients et respectant l'égalité des obligations pour tous les détenteurs d'échographes. ■

Dr Philippe MARELLE
Responsable contrôle de qualité



Fermeture



Les bureaux de la **FNMR** et de **FORCOMED** seront fermés du **lundi 24 décembre 2012** au **mardi 1^{er} janvier 2013 inclus**.
Bonnes vacances à tous.





Inscrivez-vous dès maintenant

ASSOCIATION FORCOMED

168 A, rue de Grenelle 75007 Paris
Tél. : 01.53.59.34.02 - Fax : 01.45.51.83.15
info@forcomed.org



**SÉMINAIRE DESTINÉ AUX
MANIPULATEURS DIPLÔMÉS
AYANT VALIDÉ LA FORMATION
ORGANISATION DU DÉPISTAGE
ANALOGIQUE**

BULLETIN d'INSCRIPTION

à retourner au secrétariat de FORCOMED

(Places limitées à 60 participants par session, inscriptions enregistrées par ordre de réception du courrier)

CONTROLE DE QUALITE EN MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE

Vendredi 1^{er} février 2013 : PARIS

Vendredi 5 avril 2013 : PARIS

Nom du médecin / employeur : _____

Adresse du cabinet / service : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse Email : _____

Organisme de versement des cotisations de formation pour les salariés :

OPCA-PL.

Autre : Nom :

Adresse :

Désire inscrire :

M. / Mme Nom : _____ Prénom : _____

Date de réalisation de la formation analogique (joindre attestation) : _____
renseignement obligatoire

Inscription demandée sur la formation du :

Date :

Signature :

Le prix de revient de cette formation est de 495 € par personne, déjeuner inclus.

Modalités d'inscription :

Cabinets cotisant à l'OPCA-PL : Par participant et par session :

Joindre un chèque de caution de 300 €uros ainsi que la copie du dernier bulletin de salaire pour réserver une place dans le séminaire. Ce chèque sera retourné après participation à la formation. En cas d'absence sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant le séminaire, ce montant sera conservé par FORCOMED.

Hôpitaux, centres de santé, mairies ou cabinets cotisant à un autre organisme :

Joindre un chèque de 495 €uros, par personne, à l'ordre de FORCOMED en règlement d'une inscription dans le séminaire ou, pour les hôpitaux, un bon de prise en charge du coût de formation.

Vous recevrez une facture acquittée qui vous permettra de vous faire rembourser ensuite, suivant les modalités particulières de votre contrat. En cas d'absence sans annulation écrite auprès du secrétariat au moins 20 jours avant le séminaire, un montant forfaitaire de 300 €uros sera retenu par FORCOMED.



Les dépenses de l'assurance maladie : septembre 2012

Modération de la croissance des dépenses d'assurance maladie pour le mois de septembre avec un taux de 2%. L'ensemble des soins de ville enregistre une progression très inférieure à la moyenne avec seulement 0,3% de hausse. Inversement, les versements aux établissements publics sont très supérieurs avec 3,6% sur un rythme comparable à celui des trois mois précédents. Les versements aux établissements privés se situent dans la moyenne avec 2,3%.

Dans les soins de ville, les consultations et plus encore les visites subissent de nouvelles baisses (respectivement -1,6% et -4,0%). L'agrégat des actes techniques progresse de 3%. Dans cet ensemble, les actes d'imagerie augmentent nettement à 3,6%, mais à un rythme inférieur à celui des mois précédents (plus de 4%). Les actes d'échographie reculent de près de 1%. Les dépenses d'IRM sont contenues avec 2,7%, celles de

Dépenses de l'assurance maladie - septembre 2012 (Tous risques - Régime général - France métropolitaine)

Prestations	Septembre en €	Septembre en %
Consultations	4 255 020	-1,6%
Visites	573 751	-4,0%
Actes Techniques (*)	4 549 848	0,8%
Dont actes d'échographies	770 274	-0,9%
Dont actes d'imagerie (Hors échographie)	1 416 073	3,6%
Forfaits scanner – IRM – Tomographie – Forfaits consommables	588 173	3,0%
Dont scanner	244 192	0,1%
Dont IRM	300 076	2,7%
Total honoraires secteur privé (médicaux et dentaires)	12 550 532	-0,3%
Total prescriptions	33 320 531	0,6%
Total soins de ville	46 192 882	0,3%
Total versements aux établissements de santé et honoraires du secteur public	38 197 734	3,6%
Total versements aux établissements sanitaires privés	7 839 956	2,3%
Total prestations médico-sociales	10 792 444	2,1%
Total statistique mensuelle des dépenses	112 072 578	2,0%

(*) Les actes en K, KE, Z, ZN, PRA, KC et forfaits chirurgicaux sont regroupés dans un seul agrégat : « Actes techniques »

Hommage



Dr Denis BENSUSSAN

Nous venons d'apprendre le décès le 27 novembre 2012 du **Docteur Denis BENSUSSAN**, à l'âge de 62 ans. Il était médecin radiologue vasculaire en activité à MARSEILLE (13).

A sa famille et à ses proches, nous adressons nos confraternelles condoléances.

Nous partageons les mêmes valeurs



Santé
Prévoyance

Solidarité Paritarisme Transparence Ecoute

Parce que les hommes et les femmes sont au cœur de l'activité des entreprises, Uniprévoyance a pour vocation d'offrir aux salariés et à leur famille une protection sociale optimale contre les risques de la vie. Uniprévoyance réunit l'ensemble des compétences pour proposer, en complément du régime de base, des garanties adaptées aux besoins des salariés en matière de **santé** et de **prévoyance**.



La prévoyance paritaire, l'engagement solidaire

10, rue Mazas - 94307 Vincennes Cedex - Téléphone 01 53 44 41 00 - Fax 01 53 44 42 50 - www.uniprevoyance.fr
Institution de Prévoyance paritaire régie par le Code de la Sécurité Sociale

CESSIONS ASSOCIATIONS

Offres

10181 06 – Cause santé cède parts dans un important groupe, **centre ville Côte d'Azur**. Multiples accès scan et IRM.
> Email : azur.0606@live.fr

10182 13 – **La Ciotat – St Cyr-sur-Mer (13-83)**, groupe 3 radiol. en SELARL cherc. remplaçant en vue d'une prochaine intégration. Accès scanner et IRM. Compétence en imagerie ostéo-articulaire diagnostique et interventionnelle souhaitée.

> Contact : **Mme BOSELLI**
Tél. : 04.94.32.31.35.
Email : cimgolfe@free.fr

10183 22 – **Saint-Brieuc**, SELARL (3 radiologues) cherche associé(e), 2 sites (cabinet de ville + clinique). Importante activité, plateau technique complet.

> Tél. : 02.96.33.73.00.

10184 33 – **Bordeaux**, CUB, cause retraite, cède cab. radiol. indépendant, équipé, radio. conventionnelle, mammo. numérisé, écho., doppler, archivage, peut convenir pour 2 personnes, pas de garde.

> Tél. : 06.74.64.57.08.

10185 34 – **La Grande Motte (Hérault)**, cède cabinet radiologie indépendant, entièrement équipé : salle télécommandé, salle ostéo., mammo., écho., numérisé, archivage. Peut exercer 2 radiol.

> Tél. : 06.11.48.12.22.

Email : sophie@sellam.fr

10186 45 – **Orléans, proche gares et autoroutes**, groupe (cab. + clinique – PACS) radiol. conventionnelle numérisée, mammo. (capteur plan), écho., doppler, scanner, IRM., recherche 6^{ème} radiologue.

> Tél. : 02.38.55.29.92/02.38.55.29.91
Email : selarl.ila@wanadoo.fr

10187 47 – **Proche Bordeaux (45 mn)**, cède cab. radiol. avec accès scan. et IRM, bonne activité, plateau technique complet, ville bien desservie (SNCF et autoroute), possibilité logement et acquisition locaux.

> Tél. : 06.64.63.78.78.

10188 53 – **Laval**, SELARL, 7 radiol, cause retraite cherche successeur, activité cabinet et clinique avec plateau technique complet, TDM et IRM.

> Contact : **Dr D. TASSON**
Tél. : 02.43.59.22.22.

10189 76 – Groupe libéral, 2 cliniques, 3 IRM, 3 scanners exclusifs, recherc. ACCA, orientation ostéo-articulaire interventionnelle et vasculaire.

> Tél. : 06.03.35.42.78.

Email : bondeville.jean-marc@neuf.fr

10190 78 – **Versailles centre**, cause retraite, cède part dans groupe de 3 radiol., sect 2, radio., écho., séno., scanner et IRM (GIE).

> Tél. : 01.39.50.52.50.
01.39.50.74.95.

Email : alaintremon@orange.fr

10191 83 – **Var (Golfe de St Tropez)**, cède parts dans association SCM/SDF, 2 cabinets de ville et 1 pôle de santé (clinique + hôpital) où TDM avec PACS

carestream. Large accès à l'IRM, travail à temps partiel.

> Tél. : 06.11.08.35.84.

Email : julien.puget.83@gmail.com

10192 84 – **Région Sud-Est, Cavailon**, cause retraite cherc. successeur associé(e). Radio conv (4 sites) + TDM + IRM. Expansion possible, 6 praticiens tps plein, 4 jrs par semaine.

> Contact : **Dr Pierre BRUN**

Tél. : 06.80.13.70.38.

Email : brunpie@wanadoo.fr

REMPACEMENT

10193 – **Suisse**, radiol. 55 ans, 22 ans chef de centres privés, dont 10 en clinique chirorthop-digest-onco-seno avec CT 64 et IRM 1.5 – 3T, cherc. remplacements en DOM – TOM 1^{er} semestre 2013. CV sur demande.

> Tél. : + 41.78.859.56.96.

Le **Médecin Radiologue** de France

Directeur de la Publication : **Dr Jacques NINEY**
Rédacteur en chef : **Dr Robert LAVAYSSIERE**
Secrétaire de rédaction : **Wilfrid VINCENT**

Edition • Secrétariat • Publicité Rédaction • Petites Annonces

EDIRADIO - S.A.S. au capital de 40 000 €
Téléphone : 01 53 59 34 01 • Télécopie : 01 45 51 83 15
www.fnmr.org • E-mail : info@fnmr.org
168 A, rue de Grenelle 75007 Paris

Président : **Dr Jacques NINEY**

Responsables de la publicité :

Dr Saranda HABER et **Dr Eric CHAVIGNY**

Conception maquette : **Sylvie FONTLUPT**

Maquettiste : **Marc LE BIHAN**

Photos : **Fotolia.com**

ALBEDIA IMPRIMEURS

137 avenue de Conthe • B. P. 90449 • 15004 Aurillac cedex

Une enveloppe timbrée est exigée pour toute réponse à une petite annonce, ceci pour la réexpédition au destinataire. Merci