

gouvernance hospitalière les leçons de la loi HPST

René CAILLET

Fédération Hospitalière de France

r.caillet@fhf.fr

Le système de santé français

◆ Des principes intangibles

⋮

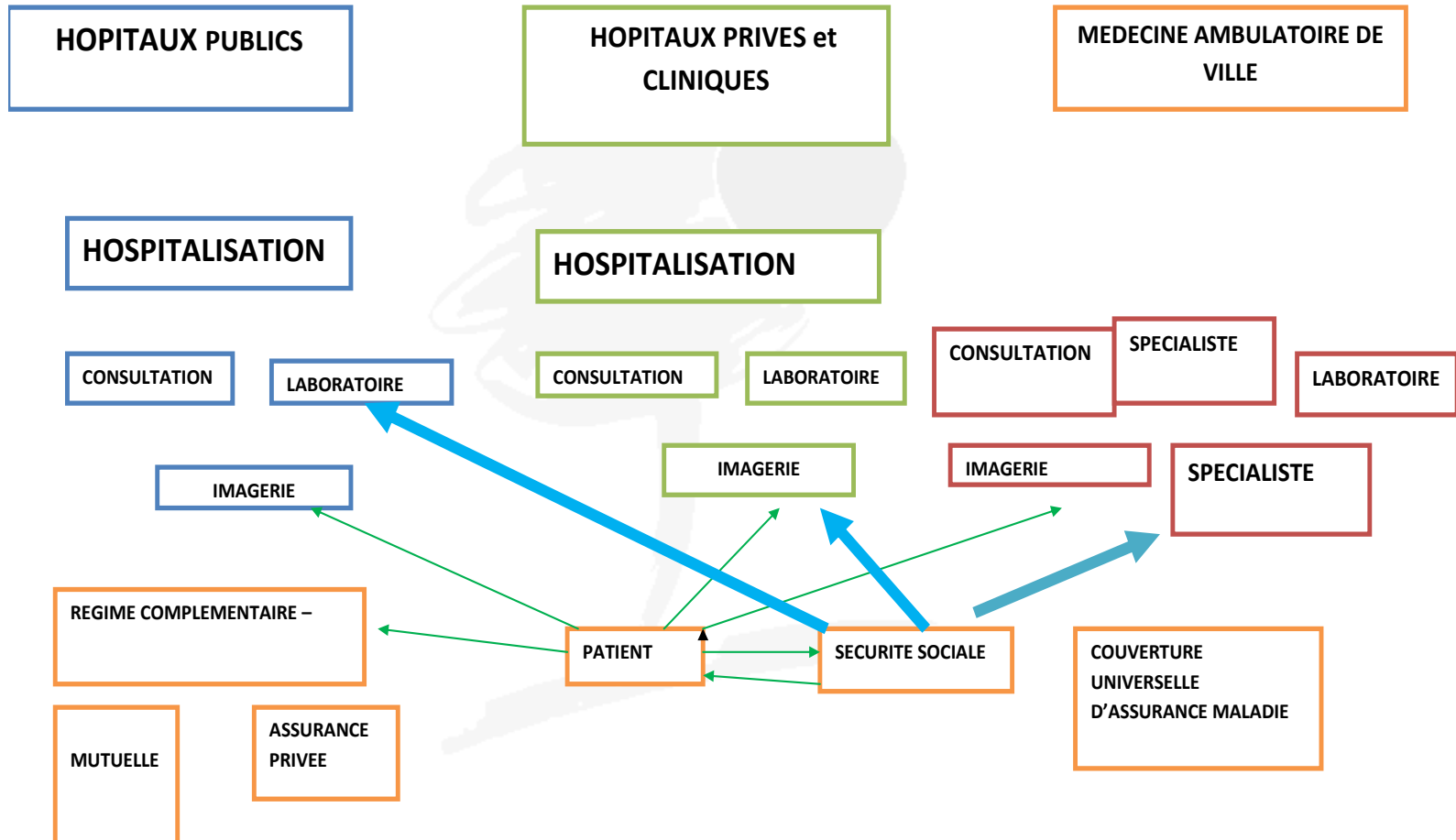
- Solidarité de tous les citoyens face à la maladie
- Universalité de la couverture du risque
- Pluralité de l'offre de soins hospitalière et ambulatoire
- Libre choix de son médecin et de ses prestataires de santé

◆ Des résultats appréciés :

- Classé n° 1 selon les standards de l'OMS en 2000
- Efficacité médicale et sanitaire reconnues
- Prise en charge à plus de 90% des frais médicaux
- Couverture quasi-totale de la population résidente
- Plébiscite des usagers
- L'hôpital public : service public le plus apprécié par les français



Le système de santé français



Le système de santé français

- ◆ **210 000 médecins libéraux et salariés**
(34/10000 hab)
- ◆ **consommation médicale/hab. :**
environ 3000 € soit 11% du PIB
- ◆ **durée moyenne de séjour :** moins de 5 jours (médecine, chirurgie, obstétrique)
- ◆ **principales causes de décès :** maladies cardiovasculaires 31 %, cancer 28 %, système respiratoire 8 %, maladies infectieuses 1,5%.



Le système de santé français

● Combien coûte le système ?

- ONDAM 2010 = 162,4 Md€
 - soins de ville : 75,2 Md€
 - établissements de santé publics et privés : 71,2 Md€
 - médico-social : 14,9 Md€
 - autres : 1 Md€

● Soit 11% du PIB

◆ Qui supporte les dépenses de santé ?

- La sécurité sociale
75,5 %
- Les assurances privées et les mutuelles complémentaires
14 %
- L'Etat pour les non-assurés
1,5 %
- Reste à charge des ménages
9 %



Le système de santé français

◆ Un système réputé de qualité:

- Mais aussi :

Complexe avec des disparités et des inégalités entre les régions

Menacé par des dépenses de santé en perpétuelle augmentation face à des ressources limitées

◆ Une réforme indispensable:

- Pour en assurer la survie :

Garantir la qualité et l'égalité d'accès aux soins

Maitriser les dépenses

Assurer la permanence des soins

Inciter sans contraindre en respectant la liberté d'installation des médecins et le libre choix des malades



La réforme du système de santé

◆ Des principes :

- Responsabilité des acteurs et efficacité du système
- Coordination
- Contractualisation avec les offreurs de soins
- Territorialisation du pilotage
- Satisfaction des usagers

◆ Des enjeux :

- Efficacité = meilleur état de santé de la population
- Performance = Qualité + Efficacité donc maîtrise des coûts
- Démocratie sanitaire = concertations entre les décideurs, les acteurs et les patients



La réforme du système de santé

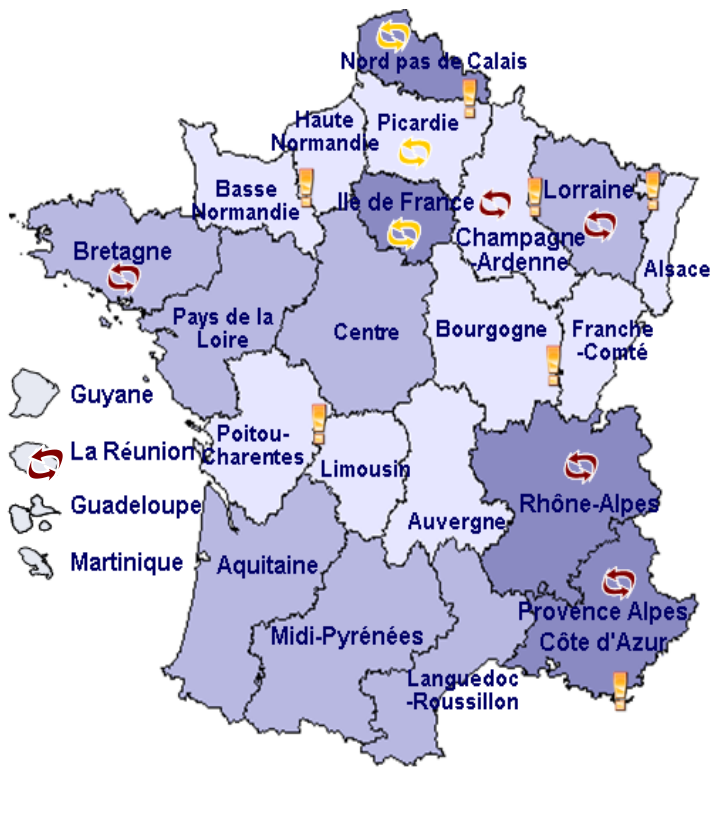
◆ Une Loi : Hôpital-Patients-Santé-Territoires (2009)

◆ Quatre Objectifs :

- Moderniser les établissements de santé
- Permettre l'accès de tous nos concitoyens à une offre de soins de qualité et rationalisée sur l'ensemble du territoire
- Faire de la prévention un élément central du dispositif
- Mettre en place un pilotage transversal et territorialisé de la politique de sante au travers des Agences Régionales de Santé



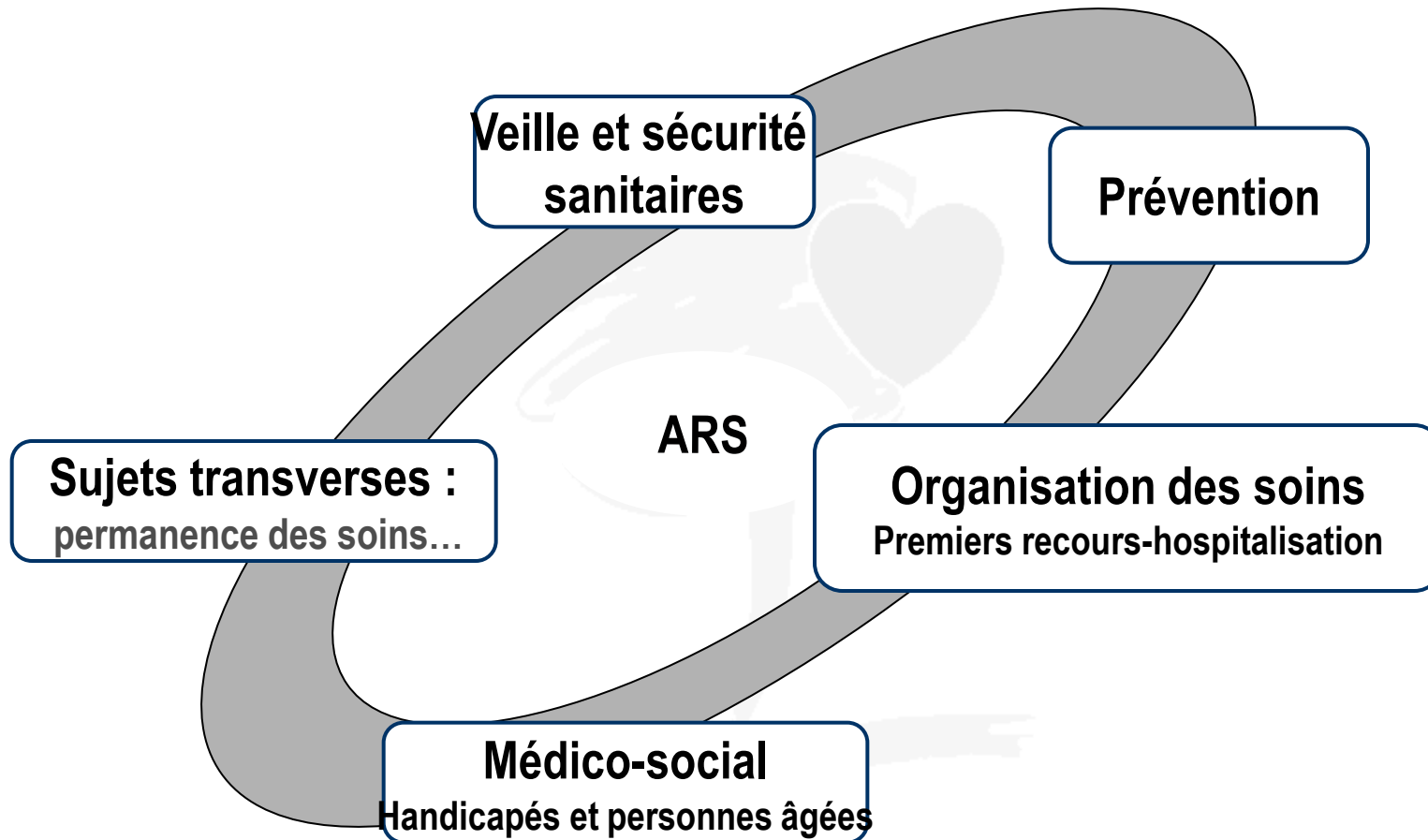
Les Agences Régionales de Santé : ARS



- ◆ 26 ARS
- ◆ Maisons communes de l'Etat et de l'Assurance-Maladie
- ◆ Près de 10 000 agents
- ◆ Regroupement de 7 services précédemment dispersés



Les Agences Régionales de Santé : ARS



Pourquoi réformer l'hôpital public ?

L'Hôpital public est confronté à de nombreux défis : démographique, épidémiologique (pathologies chroniques), technologique, réglementaire, économiques....

L'hôpital public « victime de son succès » ?

De réelles vulnérabilités qui impliquent de s'adapter pour un service public qui réponde aux attentes des français.

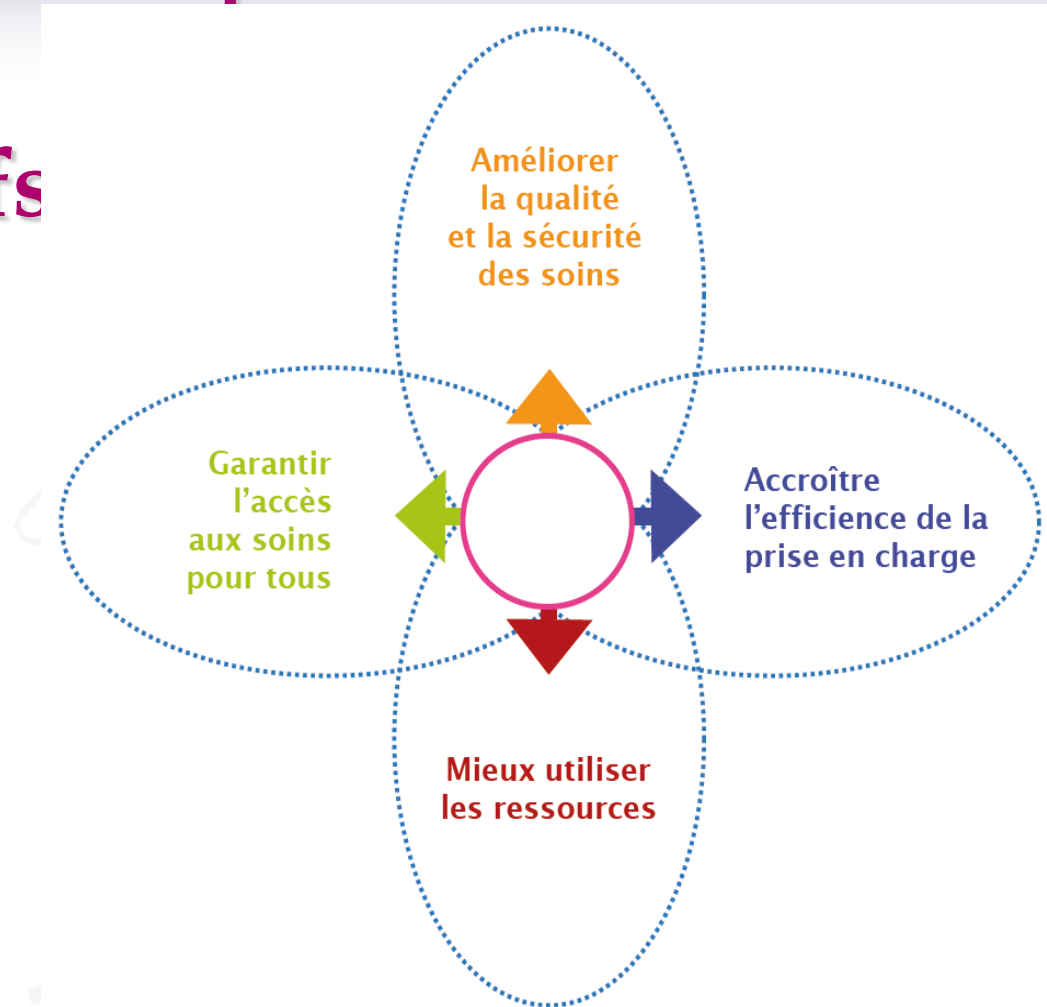


La réforme de l'hôpital : des enjeux

- **Renforcer sa direction**
 - Une feuille de route à 5 ans
 - Un outil : le projet médical d'établissement
- **Réorganiser l'activité médicale**
 - Les pôles d'activité, les parcours et filières de soins
 - La contractualisation interne
- **Améliorer la qualité:**
 - La certification
 - Les indicateurs de qualité
- **Relier l'hôpital à son environnement**
 - La coopération avec les autres acteurs
 - La contractualisation avec l'ARS



La réforme de l'hôpital : du sens & des objectifs



La modernisation des établissements de santé

- ◆ Des missions de service public redimensionnées.
- ◆ Des évolutions de statut pour les établissements de santé.
- ◆ Une « nouvelle » gouvernance des établissements publics de santé.
- ◆ Une organisation des établissements autour des pôles et de la contractualisation interne.
- ◆ De nouvelles règles de gestion dans les hôpitaux.
- ◆ Les coopérations entre établissements : un enjeu pour l'avenir.



La modernisation des établissements de santé

Des missions de service public redimensionnées.

- **Redéfinition des missions de service public** : égalité d'accès aux soins (notamment pour les personnes en situation de précarité), accueil 24 / 24, respect d'un tarif opposable pour la permanence des soins et les urgences.

Une clinique commerciale peut désormais les exercer (si carence au niveau local), mais elle doit respecter les obligations du service public.

- **Attribution de ces mission par l'agence régionale de santé (ARS)** sur la base du volontariat en principe et, subsidiairement, de manière obligatoire.
- **Insertion des missions de service public dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)** conclu entre l'établissement et l'ARS. Sanction possible, en cas de non respect des obligations de service public.



La modernisation des établissements de santé

Un nouveau statut pour les établissements de santé.

- Les établissements publics de santé dépendent d'un ressort géographique (communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national).

Les CHU/CHR gardent leur « spécificité », compte tenu de leurs missions, mais disparition de la catégorie « hôpital local » (orientation gériatrie).

- Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) remplacent les établissements participant au service public hospitalier (PSPH).

A retenir : Tout établissement de santé (+ GCS) quel que soit son statut peut désormais, après autorisation contenue dans son CPOM, exercer des missions de service public.



La modernisation des établissements de santé

Une « nouvelle » gouvernance des établissements publics de santé.

- Création du **conseil de surveillance** (de 9 à 15 membres) qui se substitue au conseil d'administration :
 - le collège des élus (3 à 5 membres)
 - le collège des représentants du personnel (3 à 5 membres)
 - le collège des personnalités qualifiées (3 à 5 membres)
- Missions centrées sur les orientations stratégiques de l'établissement et fonctions de contrôle (à tout moment) + interventions à titre consultatif
- Délibère sur projet d'établissement, compte financier, rapport annuel d'activité
- Avis sur la qualité, le patrimoine, le règlement intérieur, investissement, EPRD



Une « nouvelle » gouvernance des établissements publics de santé.

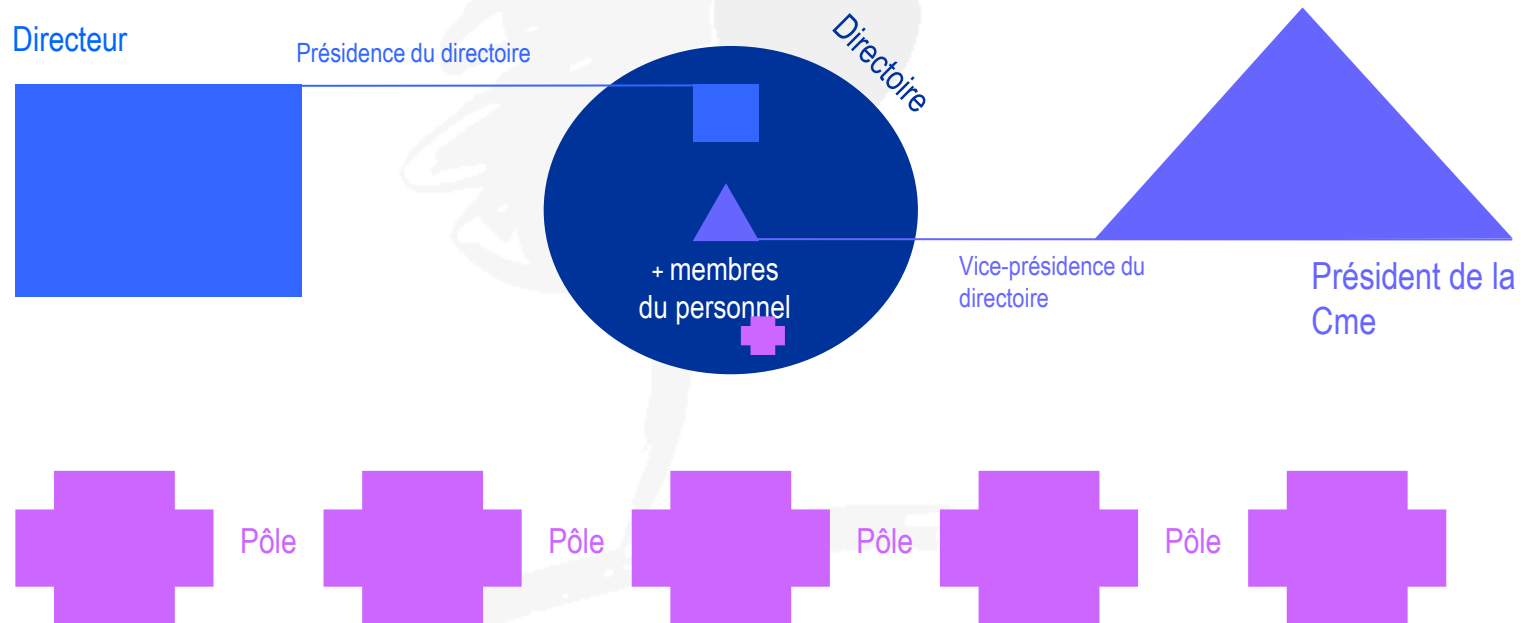
- Création du **directoire** (7 à 9 membres), qui remplace le conseil exécutif : concertation sur les principales décisions, adoption du projet médical et préparation du projet d'établissement. Force de proposition et de conseil.
- **Directeur d'établissement = président du directoire, Président de CME = vice président.**
- Fonctions du Directeur réaffirmées (CPOM, EPRD, nominations des membres du directoire et chefs de pôle, coopérations, patrimoine, etc.).
- Le Président de la CME élabore le projet médical avec le directeur, en lien avec le CPOM. Il coordonne la politique médicale et est co-décideur en matière de qualité, de sécurité des soins et de prise en charge des usagers.
- Maintien des autres instances (CME, CTE, CRUQPC, CSIRMT, CHSCT).
- **Un décret spécifique pour la CME** qui est en charge de la politique de qualité, de sécurité des soins et de prise en charge des usagers.



La réforme de l'hôpital : une nouvelle gouvernance

Conseil de surveillance

Elus, personnels, personnalités qualifiées dont usagers



Une organisation des établissements autour des pôles et de la contractualisation interne.

- **Le pôle est réaffirmé**, éventuellement composé de structures internes (ex : services). Le DG ARS peut dispenser un établissement lorsque l'effectif médical le justifie.
- **Renforcement du rôle des chefs de pôle** par une délégation accrue sur leur organisation interne et leurs moyens = autorité déconcentrée sur les équipes. Le chef de pôle organise le fonctionnement général du pôle et en est responsable. Nomination par le Directeur après avis du Président de CME.
- **Le contrat de pôle** précise les objectifs et les moyens du pôle. Rédaction libre (plus de cahier des charges). Il est un outil essentiel de pilotage interne.
- Possibilité d'**intéressement** au niveau du pôle.



Les coopérations entre établissements : un enjeu pour l'avenir

- Pour les coopérations public/public : les communautés hospitalières de territoire (CHT). Mettre en commun des moyens et/ou des activités au service d'un projet médical de territoire. Collaboration du secteur médico-social encouragé.

Pour les coopérations public/privé : les groupements de coopération sanitaire (GCS). Toujours à but non-lucratif, mais publics ou privés.

- Le GCS *de moyens* : organisation, réalisation ou gestion des moyens au nom et pour le compte des membres.
- Le GCS *établissements de santé* : autorisé par ARS à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins (ex : missions de service public).
- Les GCS peuvent être employeurs.
- Mais aussi les **maisons de santé** et **pôles de santé**, avec les autres professionnels de santéObjectif = rationalisation et meilleure répartition de l'offre sur le territoire.



La réforme de l'hôpital : une priorité à la performance

- ◆ **L'amélioration de la performance est un des leviers majeurs de la réforme**
 - création de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)
des établissements de santé et médico-sociaux
- ◆ **Aide aux ARS et aux établissements pour l'amélioration du service rendu aux patients**
 - élaboration d'outils pour moderniser la gestion, optimiser le patrimoine, accroître la performance et maîtriser les dépenses (67 indicateurs partagés)
 - mise en place d'audits de la gestion et de l'organisation des activités des établissements (urgences, blocs, lits)
- ◆ **Priorité au développement de la chirurgie ambulatoire au travers d'incitations fortes**



La réforme de l'hôpital : un nouveau mode de financement

● Une démarche progressive:

- Un préalable: le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)
- De l'enveloppe globale à la tarification à la pathologie ou à l'activité (T2A)

◆ Des avantages immédiats:

- Harmonisation des financements (tarif unique) au travers de 2300 tarifs
- Équité dans le partage des ressources proportionnelles au volume d'activité
- Différenciation entre activités tarifables et part forfaitaire contractualisée





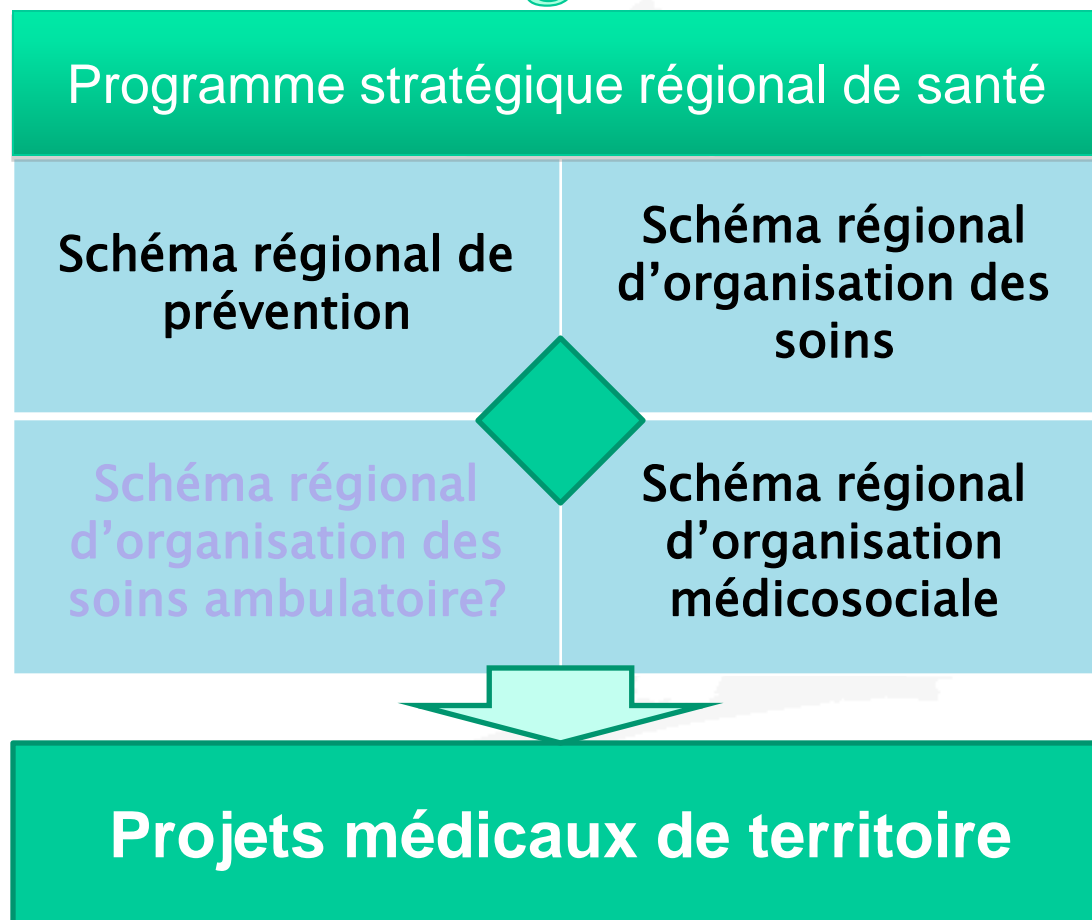
**De nouvelles règles et de nouveaux outils
pour les établissements de santé, mais dans
quel but ?**

**Quelle organisation territoriale de l'offre de
soins ?**



Le projet régional de santé

Pilotage : ARS



**Démocratie
sanitaire:**

**Conférence
régionale
de santé et de
l'autonomie**

**Conférences
de territoire**



Pourquoi un projet médical de territoire ?



Enjeux pour le territoire : accès aux soins (PDS et tarifs)



Comment formaliser un projet médical de territoire ? (exemple 1)

◆ Répondre à des questions du type :

Sommes nous organisés pour que les AVC survenant sur le territoire soient pris en charge conformément aux bonnes pratiques?

- La population, les médecins généralistes savent-ils qui appeler?
- Les secours savent-ils où acheminer le patient?
- Disposons nous d'une IRM et de l'expertise nécessaire pour faire un diagnostic dans les trois heures?
- A-t-on identifié un service de neurologie compétent (UNV) sur le territoire?
- La rééducation pourra-t-elle se faire dans de bonnes conditions?
- Sommes nous capables de préparer un retour à domicile dans les meilleures conditions?

◆ Le projet de territoire formalise l'organisation d'une prise en charge, identifie les acteurs et leur rôle.

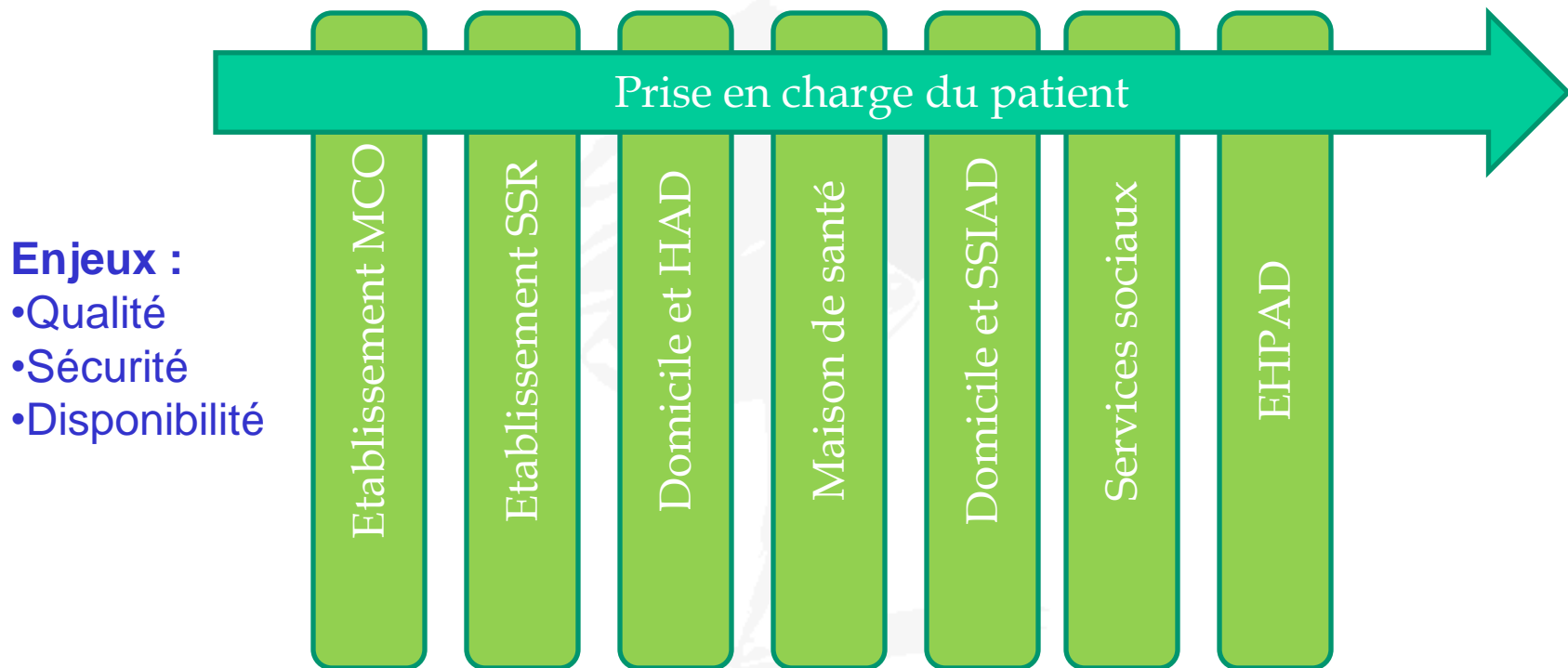


Formaliser un projet médical de territoire (2)

- ◆ Prise en charge des personnes âgées
- ◆ Prise en charge des personnes souffrant de diabète
- ◆ Prise en charge des cancers
- ◆ Prise en charge des urgences cardiologiques
- ◆ Prise en charge des urgences traumatologiques
- ◆ Prise en charge des grossesses
- ◆ Prise en charge des urgences psychiatriques
- ◆



Projet de territoire et établissements



Les établissements et les professionnels se mobilisent collectivement, articulent leurs interventions pour la cohérence et la qualité du parcours.



PMT : les conditions de la réussite

- ◆ Résoudre l'équation qualité/proximité
 - Articulation explicite entre équipes de proximité et équipes de recours
 - Formaliser les réseaux de professionnels
 - Mutualiser les équipes (seuils d'activité)
- ◆ Optimiser les ressources
 - Développer le dossier médical partagé
 - S'appuyer sur la télémédecine, la téléradiologie
 - Organiser les transports médicalisés



Mettre en œuvre un projet médical de territoire

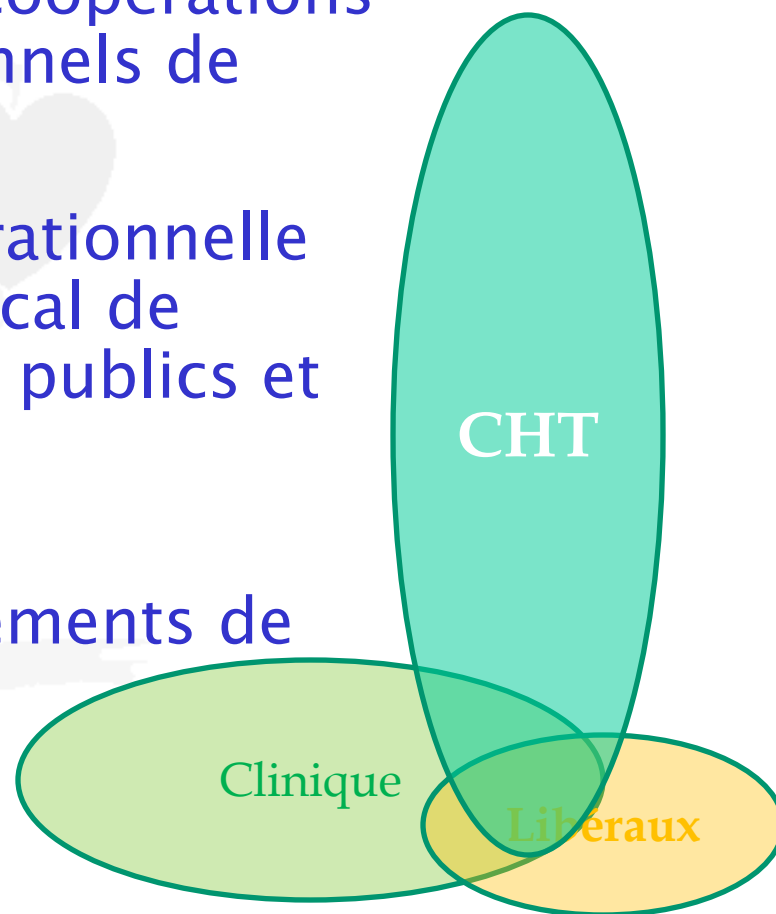
- ◆ Consolider le pilotage et les ressources de l'hôpital public au sein des Communautés Hospitalières de Territoire
 - Optimiser l'allocation des ressources médicales
 - De la meilleure répartition des ressources à...
 - ...une logique de Pôle par territoire
 - Sécuriser le parcours du patient
 - La place des plateaux médico-techniques
 - Rôle central des systèmes d'information
 - Optimiser les investissements
 - Politique commune des investissements stratégiques
 - Mutualisation des fonctions supports(logistique, technique, administrative...)
- ◆ Compléter l'offre de soins avec des partenariats public - privé, ville - hôpital au sein de GCS



Mettre en œuvre un projet médical de territoire (2)

Favoriser et sécuriser les coopérations entre acteurs et professionnels de santé publics et privés

- Décliner de façon opérationnelle les axes du Projet Médical de Territoire entre acteurs publics et privés
- GCS détenteurs d'autorisation (établissements de santé)
- GCS de moyens



Des missions contractualisées

A l'instar de la contractualisation interne aux établissements, l'ARS passe des contrats :

- Contrats locaux de santé (avec les collectivités locales)
- Conventions avec les promoteurs des programmes d'éducation thérapeutique du patient (financement)
- Contrats d'amélioration des pratiques en santé (avec les professionnels de santé et les établissements).
- CPOM (avec les établissements sanitaire, les services et établissements médicosociaux, les réseaux de santé, les maisons et centres de santé)

Les point de convergence des contrats : les parcours de soins – le service public quelque soit le statut de l'opérateur.



Des nouvelles organisations des soins à imaginer

Coopérations professionnelles

Nouvelles technologies

Réforme LMD

Nouveaux métiers

Nouveaux processus de prise en charge



Résultats attendus ou enjeux

- ◆ Une offre de soins lisibles pour la population, pour les élus, pour les professionnels
- ◆ Une offre de soins plus performante en terme de qualité, de disponibilité, et d'efficacité médico-économique
- ◆ Des conditions de travail meilleures pour les professionnels
- ◆ La légitimité et la pérennité d'un service public de santé.



En résumé...

...plus de proximité, plus de simplicité, plus d'efficacité pour

:

les citoyens

Une meilleure prise en charge des patients, l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins

... les professionnels de santé

Des efforts mieux coordonnés et une meilleure pratique en cohérence avec les spécificités de chaque territoire

... les collectivités locales

Un partenariat qui favorise les complémentarités



CONCLUSION

- ◆ Un contexte de réforme importante qui offre des perspectives et crée de nouveaux outils,
- ◆ Qui ne se concrétisera que si les professionnels de santé, notamment hospitaliers, se mobilisent autour des valeurs du service public.

