

# POLITIQUES HOSPITALIERES

INTRODUCTION-	1
I. LES REFORMES HOSPITALIERES	2
A. La vague des plans	2
B. Phase de construction et de planification	2
C. Le développement managérial de l'H <sup>al</sup>	3
1. Loi de 1983	3
2. De 1986 à 1991	4
D. La loi de 1991	4
E. Les ordonnances Juppé	4
II. Hôpital 2012 : la nouvelle gouvernance	5
1. Soutien à l'investissement	5
2. T2A	5
3. Restructuration de l'offre de soin	6
4. Rationalisation des achats	6
B. La nouvelle gouvernance	6

## INTRODUCTION-

L'H<sup>al</sup> aujourd'hui= 1Million de personnes.

Depuis 5ans, nouvelle augmentation de la dépense. En 82, ↗ de 16% de la dépense par an, puis 1à2% en 96,. En 2006, de nouveau 5 à 6%.

Déficit budgétaire => réforme de restructuration pour financer les structures. publiques.

Problématique ancienne: alternance de polit. hospit. entre considérations éthiques et médicale et coût.

L'H<sup>al</sup> est le pivot des dépenses de santé: consommation de santé en France = 145 Milliards d'€ en 2004 et 156 en 2006. Dont 43% à l'H<sup>al</sup> (=65 Milliards) => 2600€/pers/an en 2002 et 3100€/pers/an en 2006.

Textes et réglementations successifs +++ depuis 1946 (création de la Sécu) => 33 plans de réforme de l'H<sup>al</sup>. A chaque fois, les phases d'expérimentation et de généralisation ne sont pas bien déterminées. (Ex. : 1981 = création PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) et 25 ans de mise en place!!!)

L'H<sup>al</sup> public est parti prenant de la modernisation de l'offre de soin => culture de performance et du résultat. (Loi Organique portant réforme de la Loi de Finances => définition du champ d'intervention de l'état et du lien avec les H<sup>x</sup>) => Mise en place d'indicateurs de performance.

Paradoxe entre logique de performance (= prise de risque) / contraintes du contrôle interne (= minimisation des risques).

MAIS:

Evolution de l'H<sup>al</sup>:

- ⇒ Expertise des agents (R.H., achats...)
- ⇒ Amélioration de la politique de qualité (procédure et évaluation des gestions)
- ⇒ Outils: accélérateur de temps et structurant des méthodes de travail (tableaux de bords, T2A...)
- ⇒ Présence forte de la tutelle (=interventionnisme d'Etat) = autonomie limitée.

## I. LES REFORMES HOSPITALIERES

### A. *La vague des plans*

⇒ 1958 : Création CHR CHU => construction du parc hospitalier jusqu'en 1970  
=> +30 ans => nécessité de refondre le parc: Env. 4000 H<sup>x</sup> dont 1000 établissements publics **seulement**, (31 CHR, 538 CH, 90 CHS, 347 Hx Locaux) => Forte présence du privé

MAIS en nombre de lits => 310000 lits / public et 180000 dans privé (dont 93000 en cliniques)

Beaucoup de petites structures et concentration des lits sur le public

La concentration de la dépense est dans le public (loi des 80/20 : 20% des H<sup>x</sup> concentrent 80% de la dépense.)

Structures coûtent cher pour une activité limitée

=> Les réformes se heurtent à ce parc installé (les fermetures de lits ne réduisent pas les dépenses de personnel)

=> Restructuration du parc

⇒ 1970 : Veil : création de la carte sanitaire et du service public hospitalier et des groupements inter hospitaliers => réforme de la tarification et des coûts extrêmes.

⇒ 1975 : plan Durafour : protocole Durafour (plan de soutien au personnel hospitalier).

⇒ 1977 : Plan Veil

⇒ 1981-82 : N Quetiot: "Je ne serai pas la ministre des comptes"

⇒ 1983 : Bérégovoy: Mise en place de la dotation globale (décret du 11 Août 83)

⇒ 1991 : Plan Evin

⇒ 1996 : Ordonnance Juppé => contractualisation de l'H<sup>al</sup> avec la tutelle => Création des ARH + Mise en place de l'évaluation.

⇒ 2000 2003 : Kouchner/Aubry => 35h à L'H<sup>al</sup>

⇒ 2003 : Réforme Fillon/Mattei => Financement + réforme de l'évolution des capacités de soin (construction) + organisation (Fonctionnement).

### B. *Phase de construction et de planification*

H<sup>al</sup> fonctionne sur base du prix de journée à la base.

Après guerre: taux de croissance, plein emploi, ...

1970, premier choc pétrolier, période charnière.

Le prix de journée permet de financer l'effort d'équipement. Développement de la discipline médicale (= spécialisation de services)

Au même moment, RCB (Rationalisation de Choix Budgétaire)=> Rapport Coût/Avantage et Coût/Efficacité=> réflexion sur l'opportunité de développer certaines pratiques => culture du management et du chiffre.

17 mai 1974: Plan directeur de l'établissement : programme d'établissement avec direction par objectifs (DPO), recherche de réseaux et schéma fonctionnels. => Explosion du budget jusqu'en 1979

A partir de 1978 Expérimentation de 2 méthodes :

⇒ le budget global

⇒ le prix de journée éclaté: la part des charges structurelles est payé par forfait, puis les charges liées à l'activité (donc variables)

⇒ Le deuxième système est plus performant mais on garde le premier car la CNAM ne suit pas et en 1979, création du taux directeur (= ODAM)=> plafond de la dépense

### **C. Le développement managérial de l'H<sup>al</sup>**

La fonction de management (= F° RH + F° Financement + F° Logistique + F° Contrôle + F° communication) n'existe pas encore

Nécessité d'éclater les fonctions existantes à l'époque => vision managériale de l'E<sup>se</sup>

2 grandes périodes :

#### **1. Loi de 1983**

⇒ Budget global = dotation globale de financement (=DGF). l'H<sup>al</sup> devient comptable de ses dépenses. Il doit couvrir le renouvellement de ses biens => Evaluation des charges (achats, services extérieurs, masse salariale (= 68%), Intérêts, dotation aux amortissements et aux provisions.

⇒ Création du forfait hospitalier.

⇒ La DGF correspond aux dépenses (charges) - les produits propres (= forfaits hospitaliers)

L'H<sup>al</sup> reçoit tous les mois 1/12ième de sa DGF => sécurité de trésorerie

70% du budget de l'Hal => salaires + intérêts

Les fournisseurs doivent être payés par les produits propres.

Le taux directeur porte sur l'évolution des dépenses. Il encadre les dépenses.

Reste la section d'investissement: (immobilisation + remboursement de la dette en capital) => couvert par éventuels résultats positifs, l'amortissement, et les nouveaux emprunts.

Ce système de fonctionnement amène l'H<sup>al</sup> à s'intéresser à son propre développement. => Stratégie de développement autonome.

- ⇒ Il faut faire le lien avec le PMSI => contrôle gestionnaire => Approche tarification.
- ⇒ Création de marge de manœuvre pour la tutelle => possibilité de financement différente => choix discriminatoire des établissements financés=> Différence entre  $H^x$ .

## 2. De 1986 à 1991

L'émergence de l' $H^{al}$   $E^{se}$

Apparition de nouveaux concept : Management,  $H^{al}$   $E^{se}$ , Stratégie => faire des choix de développement => Diagnostic de structure (forces faiblesses...)

Les plans de compte des  $H^x$  se rapprochent de ceux des  $E^{ses}$  (comptabilité analytique, gestion des flux, plan comptable...)

Donc: réformes fortes => concepts + mise en place d'outils (tableaux de bord, contrôle de gestion) + réflexion sur organisation interne (concept de centre de responsabilité: indicateur de résultat au sein des services, chefs, moyens propres, système info...)

MAIS confronté au système (fort) des UF + création d'une logique de départements (=mutualisation des moyens) => ne fonctionne pas;

### D. La loi de 1991

- ⇒ Notion de SROS = logique de planification régionale
- ⇒ Création du projet médical et du projet d'établissement
- ⇒ Expérimentation concrète du PMSI => création du point ISA (Indice Synthétique d'Activité) => Est-ce que l' $H^{al}$  reçoit le budget de son activité ? Basé sur l'accouchement par voie basse sans complication = 1000 points isa. puis chaque acte est indicé en regard. Budget divisé par nombre total de points = valeur du point ISA => **logique de prix**.
- ⇒ Création des DSSI

OBJECTIFS:

- ⇒ Création de l'ANDEM (Agence Nationale d'Evaluation Médicale)
- ⇒ Maîtrise de coûts
- ⇒ Développement de partenariats

Les décret financiers de cette loi modifie le paysage gestionnaire de l' $H^{al}$  : Plus grande marge d'autonomie + création des groupes fonctionnels de dépenses (I=Personnel, II=Médical, III=Hôtellerie, IV=Autre)

Plus de possibilités à l'intérieur de chaque groupe.

### E. Les ordonnances Juppé

Réforme de l'hospitalisation publique ET privée

- ⇒ Création de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en matière de Santé) = démarche qualité, manuel d'audit, audit de certification.

- ⇒ Loi de financement de la S.S.
- ⇒ Création des ARH (= préfet sanitaire) => approbation des budgets de l'H<sup>al</sup>
- ⇒ Création des contrats d'objectif et de moyens (fixent la ligne directrice de chaque H<sup>al</sup> MAIS diff. de contractualiser les moyens (personnel en particulier) et Diff. de contractualisation //budget
- ⇒ Notion de délégation de gestion = contractualisation interne
- ⇒ Décret de mise en place des ordonnances Juppé = calcul des coûts et accroissement de l'autonomie financière des H<sup>x</sup>

1999 Etats Généraux de la Santé (CMU)

2001 2003 : Mattei

## II. Hôpital 2012 : la nouvelle gouvernance.

Constat du déficit extrême => ordonnance du 4 sept 2003 (= Plan H<sup>al</sup> 2007 = Mattei)

Loi de financement de 2003 => reprise et création de la T2A

OBJECTIFS:

- ⇒ Modernisation des équipements, plan quinquennal de financement
- ⇒ Passer progressivement à un autre système de financement
- ⇒ Hx Publics et privés
- ⇒ Mise en place d'un syst. de compensation en fonction de critères géographiques
- ⇒ Suppression de la carte sanitaire = SROS 3<sup>ième</sup> génération
- ⇒ Rationalisation des achats des H<sup>x</sup> (// prix des médicaments, des appareillages...)
- ⇒ Révision des modalités de coopération sanitaire
- ⇒ Ordonnance du 2 mai 2005 => nouvelle gouvernance

### LE PLAN H<sup>AL</sup> 2007:

#### 1. Soutien à l'investissement

Financement + + + de l'Etat (6 milliards)

Permet aux collectivités locales de réaliser des investissements pour le compte des H<sup>x</sup> (= BEA ou PPP) => l'H<sup>al</sup> devient locataire de locaux de la commune

Modification du cadre juridique

#### 2. T2A

3 éléments:

- ⇒ Financement directement liés à l'activité (tarif / groupe homogène de séjour / prestation) + paiement en sus (=complémentaire = traitement K, PM...)
- ⇒ Financement mixtes (Ex: Urg. => 30000€ tous les 5000 passages)
- ⇒ Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation = enveloppe MIGAC (6 Milliards /an) :

- Dépistage SIDA
- Prévention
- Centre Anti-poison
- PEC détenus

+ Missions d'Enseignement Recherche Référence et Innovation (MERRI)

### **3. Restructuration de l'offre de soin**

Décentralisation de la gestion des autorisations au niveau de l'ARH (ouverture / fermeture de lits)

Harmonisation de la durée des autorisations = 5ans

SROS 3 : Simplification, intégration de valeur quantifiée dans un bassin de santé, l'ARH est l'instance de régulation.

Développement des alternatives à l'hospitalisation (création de struct., schéma psy. intégré au SROS)

### **4. Rationalisation des achats**

Procédures du code des marchés publics difficiles à maîtriser

Il faut globaliser les achats, standardiser, réduire le nombre de fournisseurs.

Possibilité de passer par des groupements de commandes inter Hx

Invitation du personnel à aller négocier.

## ***B. La nouvelle gouvernance***

Ordonnance du 2 mai 2005 : Création **des pôles**

Nouvelle approche des soins : notion de filière de soin (souplesse, reconnaissance, remobilisation)

Objectif de simplification de l'offre de soin, de mutualisation des moyens, de rapprochement des logiques => refonte structurelle interne de l'H<sup>al</sup>

⇒ Rôle du CA recentré sur la stratégie : politique sociale, politique d'amélioration

⇒ Création d'un Conseil exécutif => opérationnel => mise en œuvre des décisions du CA. Placé sous la responsabilité de praticiens hospitaliers. (président CME) ET sous celle du directeur

⇒ Inscrire la stratégie dans une vision pluriannuelle.

⇒ Deviendrait directoire

⇒ Organisation des pôles

▪ souvent proche de la logique disciplinaire

▪ Trio : Chef de pôle, cadre administratif, cadre de pôle.

▪ MAIS manque d'interface d'informations entre les différents membres (difficile de faire descendre la T2A, Déconcentration des

compétences, Légitimité du chef de pôle comme manager et praticien...

▪ Délégation de gestion = enveloppes (achat formation remplacement...)

EPRD (Etat Prévisionnel des Dépenses et des Recettes)

Ajustement au fil de l'activité

⇒ Contrat de pôles différents

Au final les outils de gestion n'ont pas évolué à part quelques. H<sup>x</sup> (Tableaux de Bord Prospectifs...)

Il faut mieux structurer les processus d'un pôle à l'autre

Les pôles doivent avoir plus de marges de manœuvre dans la gestion des RH

Améliorer la planification des actions (consultation. BO, Urg.....)

Adéquation dans la logique de pôle / projet transversaux