

PROBLEMATIQUES HOSPITALIERES PUBLIQUES

I.	Constat de la situation	1
A.	Points forts.....	2
1.	Plan Hôpital 2007 (MATTEI)	2
2.	Plans de Santé Publique	2
3.	Démarche qualité.....	2
4.	Reclassement	2
5.	Ouverture de l'Hal	3
B.	Points Faibles	3
1.	Définition de la politique de santé.....	3
2.	Situation financière.	3
3.	Spécificité de l'hôpital public	4
II.	Axes d'amélioration / Voies d'évolution	4
A.	Regroupement	4
B.	Développement de l'activité programmée	4
C.	Notion de territoire de santé	4

Contexte mouvant de réformes permanentes. Ce qui pose plusieurs questions:

- Question du sens (Buts?..)
- Difficultés des acteurs hospitaliers
- Impression de passer d'1 réforme à une autre sans réelle évaluation de la précédente.

I. Constat de la situation

Difficulté de prise de décision=> Equilibre entre volonté de préserver la qualité des soins au patient, le personnel ET l'équilibre financier

Préambule: Le contexte de l'Hal publique est très contrasté:

- Fort attachement de la population à l'Hal publique = confiance élevée dans la qualité (malgré certaines doléances...)=> cf. stat. 2007 => Augmentation de la part de marché des Hx Publics pour la chir. (3%), méd. (1,5%) obstétrique (2%) => pas de désertion au profit du secteur privé
- MAIS la situation financière est différentes (+ de 50% dans le rouge) et + la taille est grande, + la situation est dégradée.
- Le moral des personnels hospitaliers : Démotivation, Désenchantement, Malaise.

A. **Points forts**

1. **Plan Hôpital 2007 (MATTEI)**

➤ Relance de l'investissement hospitalier face à un parc hospitalier dégradé = aide de + de 30 % des capacités financières des établissements

➤ Mise en place de la T2A:

⇒ Arrêt du budget => rente de situation indépendante de l'activité de l'Hal et des perspectives de développement. => pénalisant dans un contexte de concurrence +++ (regroupement des cliniques...)

⇒ Financement adapté au niveau d'activité

⇒ MAIS modalités de mise en place critiquée (politique tarifaire)

➤ La nouvelle Gouvernance:

Conseil exécutif fonctionnel = Direction + Médecin:

⇒ W d'ordre stratégique

⇒ Proposition aux instances (CME, CTE, CA)

⇒ Paritaire mais pas de réelle équipe (2 composantes avec des logiques différentes qui doivent W ensemble.)

⇒ Quelle place pour les cadres ???

⇒ Bilan fonctionnement en pôle + mitigé : Structure en place, mais fonctionnement difficile car outils difficiles à installer (Tableaux de bord, moyens d'infos...)

Ouverture de l'Hal => Notion de territoire de santé.

2. **Plans de Santé Publique**

⇒ Plan urgence => Moyens alloués +++ car explosion de l'activité.

⇒ Plan cancer => Organisation de la PEC, rationalisation des organisations

⇒ Organisation de la périnatalité : Hôpitaux Mère/enfant (non rentable pour cliniques)

⇒ Plan psy et santé mentale

⇒ Reste le domaine de la PEC des personnes âgées.

3. **Démarche qualité**

Accréditation, certification => prise de conscience des personnels + volonté de s'évaluer, de réfléchir sur des protocoles et d'appliquer des indicateurs de qualité.

=> Réel impact sur le public

4. **Reclassement**

⇒ Revalorisation de carrière (surtout pour soignants et médico-techniques)

⇒ VAE

⇒ Promotion Professionnelle

5. Ouverture de l'Hal

- ⇒ En interne : Usagers représentés au CA, dans les conférences, les commissions, les instances officielles les groupes de W
- ⇒ En externe: // aux autres acteurs de santé (autres établissements, libéral, réseaux...)

B. Points Faibles

1. Définition de la politique de santé

C'est le parlement qui la définit par la LOI DE FINANCEMENT DE LA SECUR. SOCIALE.:

- ⇒ Orientation de la politique de santé
- ⇒ Moyens mis en place
- ⇒ Jamais respectés depuis 1997 (cf. déficit)

a) Au niveau des régions, déclinaison des orientations nationales par :

- ⇒ L'ARH : public + privé
- ⇒ Organisme d'assurance Maladie: convention de méd. Ambulatoire, honoraires médicaux
- ⇒ ARH + Conseil Gal: Social
- ⇒ Préfet de département : Sécurité sanitaire
- ⇒ Préfet de région : Education de la santé.

D'OU un manque de lisibilité+++

- ⇒ Bientôt, Agence Régional de Santé (Janvier 2010). MAIS grosse structure donc quelle sera l'accessibilité pour faire avancer un dossier.

b) Au niveau de l'hôpital

Qui décide?:

- ⇒ Autorité hiérarchique : directeur
- ⇒ Autorité fonctionnelle: resp. de pôle
- ⇒ Autorité morale : chef de serv.
- ⇒ Place du maire : président du CA

Dans le code de la santé publique, 2 autorités décisionnelles: le CA (Compétence d'attribution) et Directeur (mise en place des décision nomination des personelles)

CME, CTE, CSSIRMT=> structures consultatives

D'où, Pb de lisibilité des prises de décisions => compliqué par mise en place du conseil exécutif (structure stratégique et de gestion) => Futur DIRECTOIRE (CA deviendra Conseil de Surv.). C'est le projet de loi "SANTE, PATIENT, TERRITOIRE

2. Situation financière.

Modalités de mise en œuvre T2A:

Politique tarifaire 100% en 2008 (au lieu de 2012) => Baisse des tarifs de 3,7% pour toutes les pathologies=> baisse des crédits.

De plus l'évaluation des missions d'intérêt généraux => valorisation insuffisante.
//moyens nécessaires (Ex: permanence des urg. 24/24, recherche, formation...)

Textes sur la sécurité sanitaire : pas de moyens alloués pour mise en œuvre

Les mesures de reclassement n'ont pas été assortis de moyens => manque d'évaluation
(Ex: protoc. Jacob Bertrand *)

D'OU déséquilibre Dépense / recette (sans parler des repos de sécu des documents, du renouvellement du parc de matériel...)

3. Spécificité de l'hôpital public

Lié à la nature de l'activité = Mission de service public : Poids de notre culture, de l'histoire de l'Hal ...

Est-ce ANTINOMIQUE avec:

Efficiencie, Coût de la santé, productivité, Maîtrise de la dépense publique... ?

Le problème réside dans le manque d'outils pour quantifier le coût des actes.

II. Axes d'amélioration / Voies d'évolution

A. Regroupement

Historiquement, l'Hal est resté centré sur lui-même => compétition Hx voisins.

Notion d'offre de soins complète, de nombre de lit (si pas de chir. Ou de Mater, pas d'Hal???)

Les clinique ont compris que regroupé on est plus fort et qu'il vaut mieux être bon dans qq. domaines que moyens partout.

La Fédération Hospitalière de France demande une réorganisation. des structures de soins => collabo entre établissements => mise en place de stratégie de groupe d'Hx Publics (Ex: maintenir l'activité d'imagerie Médicale dans secteur public d'une région...)

Concrètement, il existe un obstacle: la T2A=> perte d'activité sur un site = perte financière => La stratégie est de regrouper (PAS fusion)

Rapport Larcher * COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE

Développement des lits ambulatoires

B. Développement de l'activité programmée

Retard //cliniques

Structure. d'hospitalisation de jour, de semaine = désengorgement des urg. et gain éco. de 40%

C. Notion de territoire de santé

On a une culture et un projet d'établissement

On a des projets médicaux de territoire (Personnes âgées, Santé mentale, urg....)

Un territoire = Etablissements sanitaires + Médico-sociaux + libéraux => Comment améliorer les réseaux, les circuits à moyens constants

Amélioration de l'offre de soin : connaître les contraintes de chacun ; Question de la proximité selon les disciplines (médecine et SdS/ Chirurgie et obstétrique).

Critères de compétences, de démographie médicale, économiques...