

DISCOURS

Monsieur Jean-François MATTEI

Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

HOPITAL 2007 :

UN PACTE DE MODERNITE AVEC L' HOSPITALISATION

Mercredi 20 novembre 2002

Je suis heureux de vous tracer les grandes lignes du plan Hôpital 2007 à l'issue du conseil des Ministres où j'ai présenté une communication sur ce plan. En effet notre ambition et notre détermination sont, en ce domaine, à la mesure des difficultés rencontrées : avec Jean-Pierre RAFFARIN, nous souhaitons redonner aux établissements hospitaliers publics et privés confiance en leur avenir et fierté de leur métier au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française.

L'Hôpital, malgré la confiance qu'il inspire toujours aux Français, connaît une situation de malaise profond. Le rapport Piquemal, consacré à l'application de la réduction du temps de travail à l'hôpital, l'a de nouveau rappelé avec acuité. Les médecins hospitaliers et l'ensemble des personnels soignants et non soignants sont désenchantés. Traditionnellement animés par la noblesse de leur mission, ils sont moins nombreux à croire aujourd'hui à la vocation d'excellence de l'hôpital, dans sa fonction première d'accueil et de soin. Après des années d'efforts d'adaptation, les gestionnaires des établissements de santé sont découragés par les lourdeurs qu'ils affrontent tous les jours. Les contraintes administratives qui pèsent sur l'hôpital sont devenues un véritable carcan et les modalités de gestion des établissements d'hospitalisation publics et privés s'éloignent de plus en plus alors que tout devrait conduire à les rapprocher. L'hôpital public et privé, confronté à de profondes mutations, aussi bien dans le domaine des techniques et des pratiques médicales qu'en matière d'attentes des patients vis-à-vis des établissements, ne parvient pas à s'adapter rapidement et la recomposition de l'offre hospitalière se fait trop lentement.

Je souhaite changer cela et redonner ambition et espoir à l'hôpital, à travers la mise en oeuvre de principes simples : la confiance et la responsabilité partagée. Cela nécessite un dispositif d'accompagnement spécifique notamment en matière d'investissement et d'incitation à la recomposition du paysage sanitaire. Enfin, cela suppose de moderniser complètement les modalités du fonctionnement interne de l'hôpital : alléger les contraintes de toute nature, redonner de la souplesse, de l'ouverture, de la capacité d'innovation et d'adaptation à des structures qui peuvent être aujourd'hui tentées par le repli sur soi.

Certains de ces changements sont indispensables à court terme, notamment ceux qui visent à l'assouplissement des contraintes administratives. D'autres, en revanche, touchant à l'organisation interne des établissements et à la gestion des hommes, exigent un important travail préalable de dialogue et de concertation.

1. Changer de logique : de la régulation administrée à l'autonomie

La confiance dans les acteurs du système hospitalier

Ma première conviction, c'est que l'hôpital détient en lui les ressources nécessaires à son évolution et sa modernisation. Depuis 10 ans, dans un monde en mouvement, l'hôpital n'est pas resté immobile : mise en place du PMSI et de l'accréditation, nouvelles mesures de sécurité sanitaire, établissement des relations contractuelles avec les ARH. Et dans le même temps, toute aussi longue est la liste des malaises qui se sont exprimés : mécontentements, récriminations accrues, repli sur soi et discours critique permanent sur l'institution.

Ce paradoxe s'explique peut-être parce qu'à chaque fois, l'hôpital n'a pas voulu les changements décidés d'en haut mais qu'il les a subis. Non qu'ils n'étaient pas nécessaires, mais sans doute étaient-ils mal accompagnés et surtout, dénués de cette relation de confiance avec les professionnels de l'hôpital. Or, en matière de réforme, nous devons désormais faire résolument confiance aux acteurs. On ne peut rien faire sans confiance. Les réformes ne se font pas à la place de ceux qui les vivent et le rôle de l'Etat est de créer les conditions favorables au changement en donnant aux structures et aux professionnels des règles du jeu incitatives permettant l'initiative et la créativité.

L'hôpital détient déjà les compétences, les savoirs et les moyens qui lui permettraient de mieux s'adapter aux exigences de sécurité et aux contraintes budgétaires, et de mieux répondre aux attentes des patients, et aussi de retrouver son âme. Mais l'organisation rigide et peu autonome des établissements hospitaliers entrave aujourd'hui cette volonté.

Une tarification à l'activité incitative.

Afin de libérer le dynamisme des structures hospitalières et leur potentiel d'adaptation à leur environnement en mutation, il est indispensable d'instaurer des **mécanismes de financement incitatifs**. La dotation globale a montré ses limites : c'est un système de financement sclérosant. Je souhaite la rénovation totale du mode de financement des établissements. Il nous faut tout d'abord mettre en place un mécanisme de financement des établissements hospitaliers **qui prenne davantage en compte l'activité médicale et le service rendu**. Nous ne pouvons pas, non plus, continuer à vivre avec un double système de financement public et privé qui obère les comparaisons et rend difficile les coopérations. C'est pourquoi, je souhaite que nous allions résolument vers la **tarification à l'activité**. Elle est seule capable, à terme, de responsabiliser les acteurs.

En 2003, des expérimentations se dérouleront dans une quarantaine d'établissements volontaires après appel d'offre. En parallèle, des simulations seront réalisées au niveau central sur tous les établissements de 5 régions. Les expérimentations et simulations seront menées par une mission opérationnelle confiée à un responsable scientifique (un expert reconnu, Monsieur Roland Cash) et une directrice opérationnelle (Madame Martine Aoustin de la DHOS) ainsi que des experts. Une instance de concertation représentant les professionnels et les établissements concernés sera régulièrement tenue informée par la mission. Mon objectif est clair : engager la généralisation dès 2004, c'est ce que prévoit le PLFSS 2003. Il n'est plus temps de tergiverser, mais d'agir.

Assouplir la planification

Hérité des années 1970, le dispositif de planification sanitaire est devenu complexe, rigide et insuffisamment efficace. Il faut, là encore, assouplir les règles pour renforcer la pertinence de l'action des agences régionales d'hospitalisation dans la recomposition locale de l'offre hospitalière. J'envisage tout d'abord de déconcentrer régionalement les autorisations résiduelles de niveau national et de supprimer les notions d'indices de lits et d'équipement qui sont non seulement inadaptées mais obsolètes.

Je souhaite également simplifier la planification car, aujourd'hui, plus personne ne s'y retrouve entre le SROS, la carte sanitaire et les autorisations. Le projet consiste à faire jouer un rôle nouveau au SROS et à ses annexes à travers un dispositif rénové et renforcé : revu tous les cinq ans, ce schéma, élaboré en fonction d'une appréciation géographique des besoins en activité de soins, par bassin de vie, deviendra ainsi le dispositif central du pilotage sanitaire régional.

2. Accompagner les évolutions

L'Etat doit aussi prendre sa part de responsabilité en accompagnant les évolutions et la recomposition du secteur de l'hospitalisation. C'est l'objet à la fois du plan de soutien à l'investissement que le Gouvernement a décidé de mettre en place et de la rénovation des outils de coopération hospitalière.

Soutenir l'investissement hospitalier à un niveau sans précédent

Relancer l'investissement hospitalier de manière extrêmement volontariste est une nécessité. Je vous confirme que le **plan quinquennal** d'investissement sera bien engagé dès 2003. J'ai proposé dans le PLFSS un premier effort, permettant le financement de la première tranche du plan de 6 milliards d'euros, soit pour 2003, plus d'1 milliard d'euros d'investissements supplémentaires.

Ces efforts couvriront toutes les opérations d'investissements : immobiliers, équipements et systèmes d'information. C'est un préalable indispensable à toute réorganisation. Je serai particulièrement attentif à une réalisation accélérée des opérations immobilières. C'est pourquoi trois séries de mesures sont prévues pour accompagner le plan d'investissement :

- **Accélérer les décisions, tout d'abord.** Les enveloppes seront régionalisées et confiées aux ARH. L'instruction et la décision seront plus faciles et donc plus rapides. En pratique, les ARH arrêteront avec les structures un programme régional pluriannuel d'investissements sur 5 ans.
- **Accélérer les réalisations, ensuite.** L'intervention des **entreprises privées** sera facilitée. J'ai proposé de modifier les textes pour faciliter l'implication des personnes privées, des collectivités territoriales et des sociétés d'économie mixte dans les opérations de construction et d'aménagement immobilier à l'hôpital.
- **Soutenir techniquement les projets**, en accompagnant les ARH, et les établissements. L'expertise technique nécessaire n'est pas toujours présente localement. J'ai donc décidé de créer une **Mission nationale d'Appui à l'Investissement** ambitieuse, dirigée par un directeur d'ARH expérimenté, M. Vincent Le Taillandier, directeur d'hôpital et actuellement directeur de l'ARH de Basse-Normandie. Elle sera composée d'une quarantaine d'experts de haut niveau s'ajoutant aux compétences existantes de l'administration centrale, largement affectés en régions auprès des ARH.

Ce plan constitue donc un dispositif d'accompagnement à la nécessaire recomposition de l'offre hospitalière. Il vise également à préserver le potentiel d'innovation des établissements, notamment les hôpitaux universitaires.

Un plan pour tous

Le système de santé est devenu transversal entre la ville et l'hôpital aussi bien qu'entre le sanitaire et le médico-social. Il est impératif d'en tenir compte pour l'avenir et pour accompagner la recomposition du paysage sanitaire : ceci passe également par l'élargissement et la simplification des modalités de coopération hospitalière. Je souhaite simplifier et unifier les outils de coopération à travers la notion, réaménagée, assouplie et polyvalente, de groupement de coopération sanitaire (GCS).

Hôpital 2007 est un plan pour tous. Pour réussir la réforme, il y a nécessité d'unir les volontés d'agir de tous les acteurs du secteur. J'entends ici, ou là, des voix qui cherchent à opposer les CHU aux CH et les directeurs aux médecins, les médecins aux soignants, et le public au privé. Je n'entendrai pas ces voix. Les centres hospitaliers assurent le maillage du territoire pour les soins de proximité. Ils constituent les pivots sanitaires de notre pays. Ils apportent une contribution importante à la permanence des soins et en particulier à l'accueil des urgences. Les CHU, de leur côté doivent conserver bien sûr leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, et donc tendre en tout point vers l'excellence. Mais, ils doivent aussi assumer leur rôle d'hôpital de proximité pour les populations les plus proches. Pour toutes ces raisons, la collaboration entre CHU et CH constitue un enjeu majeur de la bonne coordination des activités hospitalières sur une région, dans le respect des rôles, des missions et de l'identité de chacun.

Au-delà de l'hôpital public, notre système de santé s'appuie beaucoup sur les établissements privés et le secteur libéral. La concurrence entre le secteur privé et le secteur public peut exister ; il serait hypocrite de l'occulter. Mais de plus en plus d'éléments font converger les deux secteurs : traitement unique par les ARH, application identique des normes réglementaires, et prochainement tarification à l'activité. Notre objectif est de redonner à l'hôpital toute la souplesse dont il a besoin pour donner la pleine mesure de son potentiel et de son efficacité, y compris lorsqu'il se trouve en situation concurrentielle.

Les circonstances, la démographie médicale, la transformation des attentes des patients et des pathologies de même que le rythme intense du progrès des techniques médicales imposeront de plus en plus le partage de plateaux techniques, d'équipements ou de lits et la mise en place de gardes communes, comme en chirurgie ou en obstétrique, notamment pour garantir la permanence des soins. Dire cela, c'est clairement affirmer la nécessité de l'ouverture et des collaborations, sans distinction de statut.

3. Assouplir et moderniser le fonctionnement des hôpitaux publics

Le rapport de M. Piquemal vient de le rappeler : les 35 heures sont le révélateur d'une crise de l'organisation et du fonctionnement interne des établissements de santé. Je veux y remédier en redonnant à l'hôpital de la souplesse, de la motivation et de la fierté.

Desserrer le carcan des contraintes

La modernisation de la gestion interne de l'hôpital public suppose en premier lieu un assouplissement des contraintes propres qu'il supporte. Il est indispensable d'assouplir considérablement les modalités de l'achat public à l'hôpital. Cette évolution exige la détermination des voies d'adaptations nécessaires dans le cas spécifique de l'hôpital public. Elle s'inscrit tout à fait dans la réforme du code des marchés publics décidée par le Gouvernement.

De même, le régime budgétaire et comptable des établissements publics doit être revu pour mieux correspondre à la nature de leur activité. Il doit être mis fin aux mécanismes de reports de charges qui obscurcissent l'appréciation de la gestion hospitalière. Tous les acteurs ont à gagner à promouvoir un système à la fois plus transparent et plus adapté qui mette fin aux acrobaties budgétaires actuelles.

Repenser l'organisation interne et la gestion des hommes

Moderniser l'hôpital c'est également instaurer une culture **du résultat et de la qualité**, cela impose préalablement une **clarification des rôles et des responsabilités**. Responsabiliser clairement les acteurs locaux est indispensable, qu'il s'agisse de l'ARH, dont les objectifs clarifiés devront faire l'objet d'un contrat avec le niveau national, ou du conseil d'administration. L'échelon décisionnel de proximité, à savoir le conseil d'administration de l'hôpital, doit être rénové et renforcé dans ses prérogatives, notamment en matière d'organisation, de contractualisation interne et, sans doute, de nomination de certains responsables hospitaliers.

Enfin, le cru de l'hôpital, ce sont les hommes et les femmes qui le font vivre. La voie de la contractualisation interne directe avec le conseil d'administration, à l'échelon de pôles d'activité dépassant le cadre strict du « service », constitue l'orientation à privilégier. Je souhaite lier cette contractualisation avec l'intéressement des structures internes et des personnels. Chacun doit recouvrer le fruit de ses efforts à partir **d'objectifs qualitatifs ou quantitatifs fixés et évalués au sein des établissements avec la validation du Conseil d'administration**. De même la **prise de responsabilité, notamment dans les fonctions de responsables de présidents de CME, ou de responsables de pôles, doit être valorisée**. L'intéressement doit aussi **dédommager la prise de responsabilité**. Sans échapper à cette problématique, **les CHU doivent faire l'objet d'un traitement spécifique qui tienne compte du contexte compétitif international auquel ils sont confrontés et du rôle fédérateur qu'ils ont à jouer au sein de notre système de santé**. Ils tiennent une place déterminante dans les domaines de la formation des professionnels de santé et de la recherche médicale. La dimension universitaire des CHU, qui leur est propre, les place au centre d'une dynamique innovante garante de l'excellence de la médecine française et nécessitant des moyens adaptés.

La création de groupes projets

Je ne souhaite pas, pour cette réforme hospitalière, confondre vitesse et précipitation. C'est également dans la concertation et le respect du dialogue social que la réforme sera menée pour faire évoluer les modalités de gestion interne à l'hôpital.

Ainsi, ai-je décidé de constituer deux groupes de projets pour affiner les orientations que je viens d'évoquer concernant la modernisation de la gestion interne de l'hôpital :

- L'un consacré au statut de l'hôpital (gestion financière, organisation et rôle des instances) et à sa gestion sociale (gestion des hommes et organisation du dialogue social), sera copiloté par Guy Vallancien, professeur d'urologie à l'Institut mutualiste Montsouris, Antoine Perrin, président de la CME du centre hospitalier du Mans et président de la conférence nationale des présidents de CME, et Denis Debrosse, directeur du CH d'Angoulême.
- L'autre, confié au professeur Dominique Ducassou (médecine nucléaire), au professeur Daniel Jaeck (chirurgie générale et digestive) et à Benoît Leclerq, directeur de CHU, mènera une réflexion spécifique sur l'évolution des CHU.

Ces groupes devront élaborer un cadre de propositions pour la fin de premier trimestre 2003. Ces propositions seront ensuite soumises à concertation pour aboutir à un projet de texte ad hoc avant la fin du premier semestre 2003.

La réforme du plan Hôpital 2007 est ambitieuse. Elle est à la mesure des enjeux et des difficultés. Il en va du maintien de l'excellence de notre système hospitalier.

Présentation des mesures

I. L'allègement des contraintes extérieures aux établissements

1. La modernisation des établissements par une relance sans précédent de l'investissement.

Un soutien massif de l'Etat s'impose

Jusqu'au milieu des années 80, l'Etat avait mis en oeuvre des financements importants pour accompagner la rénovation du patrimoine hospitalier. Son désengagement, à partir de 1985, a incité les établissements à privilégier les équipements médicaux, puis, sous la contrainte budgétaire persistante, à reporter, dans le temps, une partie de leurs investissements. A titre d'exemple, le taux de vétusté des équipements est de 68,6% en 2000.

Plus récemment, de nouvelles contraintes (mise en oeuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire et nouvelles normes de sécurité et de fonctionnement - sécurité incendie, sécurité sanitaire, urgences, périnatalité, réanimation...) ont encore accentué le besoin en investissement.

Entre la rénovation du patrimoine et la réponse à ces nouvelles contraintes, la mise à niveau nécessaire est telle qu'elle ne peut être menée par les établissements seuls.

Avec trois contraintes : cohérence, globalité et rapidité

Conformément aux engagements du Président de la République et du Premier Ministre, l'objectif du plan est de permettre une mise à niveau accélérée des investissements des hôpitaux en aidant les établissements à réaliser des opérations qui ne se seraient pas réalisées dans les cinq ans pour des raisons de contraintes budgétaires.

➤ **Cohérence avec la politique des ARH**

Le plan d'investissement exceptionnel vient en accompagnement de la recomposition du paysage hospitalier :

- Il ne crée pas d'effet d'aubaine pour la rénovation de structures ou l'acquisition d'équipements dont le maintien ou l'installation ne sont pas conformes aux objectifs des SROS.
- Il ne vient pas en substitution d'investissements qui auraient été réalisés dans les cinq ans, mais accélère la réalisation de projets cohérents, conceptualisés mais non financés à ce jour ou permet la réalisation d'opérations non prévues.

➤ **Globalité du champ couvert**

Les investissements éligibles concernent tous les types d'investissements :

- le patrimoine immobilier,
- les équipements lourds,
- les systèmes d'information.

Tous les établissements (publics et privés - PSPH et à but lucratif -) peuvent être concernés.

➤ **Rapidité de réalisation**

Pour rompre avec les habitudes du passé, les opérations devront se réaliser dans des **délais très courts**. Un début notable d'exécution dans les cinq ans sera une condition nécessaire à l'éligibilité.

Trois éléments permettront d'atteindre cet objectif :

- Un appui financier considérable
- Une régionalisation de la procédure
- Un dispositif d'accompagnement national

▪ ***Un appui financier considérable***

Chaque année les établissements investissent actuellement environ 2,7 M€. Ces investissements se répartissent ainsi :

- 1,6 M€ pour le simple maintien du patrimoine
- 1,1 M€ pour des investissements nouveaux.

Au rythme actuel, la mise à niveau de l'immobilier, des équipements et des systèmes d'information s'effectuerait en plus de 13 ans. Ce délai n'est pas compatible avec la légitime attente de nos concitoyens.

Pour réduire ce délai à 5 ans, il convient donc d'effectuer un effort supplémentaire de 1,2 M€ d'investissements par an pendant 5 ans, soit **6 M€ au total**.

Sur les 5 prochaines années, l'investissement moyen annuel s'élèvera donc à 3,9 M€ :

- 1,6 M€ de maintien du patrimoine
- 1,1 M€ d'investissements nouveaux qui se seraient réalisés sans le plan « hôpital 2007 »
- 1,2 M€ d'investissements nouveaux soutenus par le plan « hôpital 2007 »
- Le plan permettra donc une augmentation de 32% du total des investissements (de 2,7 M€ à 3,9 M€) par un doublement des nouveaux investissements (de 1,1 M€ à 2,3 M€).

Pour 2003, l'appui à l'investissement atteindra 1 milliard d'euros. Ce financement comprendra, à la fois, des apports en capital à hauteur de 300 millions d'euros et des apports en exploitation à hauteur de 70 millions d'euros. Ces derniers sont acquis aux établissements pour une durée de 20 ans et permettront à ceux ci d'emprunter jusqu'à 700 millions d'euros.

▪ ***Une mise en oeuvre régionale (ARH)***

La mise en oeuvre repose essentiellement sur l'échelon régional, selon la répartition suivante:

- *Au plan national* : définition des orientations générales et du cadrage financier, répartition des crédits entre régions, appui méthodologique et évaluation périodique de la mise en oeuvre.
- *Au plan régional* : les **crédits sont répartis entre les établissements par les ARH**.

Le montant des investissements supplémentaires est contrôlé l'année n+1 sur la base des investissements réalisés inscrits dans les comptes de gestion. Les enveloppes sous-utilisées seront redéployées entre les régions.

▪ *Un dispositif d'accompagnement national*

Afin d'assurer une montée en charge rapide et effective du plan, deux mesures d'accompagnements sont nécessaires.

❖ *Une mission nationale d'appui à l'investissement.*

Il s'agit, en premier lieu, d'apporter un appui technique et méthodologique aux établissements et aux ARH. Cet appui ponctuel d'ingénierie sera financé sur le FMES avec la création d'une *Mission Nationale d'Appui à l'Investissement* forte d'une quarantaine de professionnels et d'experts de haut niveaux (ingénieurs, ingénieurs en organisation, juristes, financiers, directeurs d'établissements,...). Ils s'ajouteront aux compétences déjà présentes dans les services de l'Etat (DHOS) et les ARH.

Placée auprès du Ministre, cette mission se déploiera en région afin d'assister établissements et ARH dans la mise au point des projets.

❖ *Des modalités innovantes de réalisations*

Le Gouvernement inscrira dans son programme législatif des mesures propres à favoriser :

- Le recours à des marchés globaux (conception réalisation) pour les constructions immobilières.
- La possibilité pour les Sociétés d'Economie Mixte de participer aux investissements hospitaliers.
- La capacité d'utiliser des baux emphytéotiques pour les constructions hospitalières en permettant à des entreprises privées de construire en lieu et place des établissements.

2. La tarification à l'activité

Aujourd'hui, il existe deux systèmes de financement pour les structures de soins. D'une part, le système de la **dotation globale qui concerne les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public** et, d'autre part, un **système de tarification à la journée et forfait lié aux actes réalisés, pour les cliniques privées.**

Ces deux systèmes génèrent des effets pervers :

- La dotation globale de financement, en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, conduit soit à la **constitution de rentes de situation, soit à un manque de financement pour les structures les plus actives** ;
- Le niveau des forfaits pour le secteur privé varie sur l'ensemble du territoire et peut aboutir de ce fait, aussi, à la constitution **de rentes ou à des sous - financements** pour certaines activités.

Les deux systèmes ne sont ni comparables, ni compatibles et freinent, en conséquence, les coopérations nécessaires entre les deux secteurs et la recomposition du paysage hospitalier.

En s'appuyant sur le recueil de l'information du PMSI (Programme de médicalisation du système d'information), le Gouvernement s'engage résolument dans **l'harmonisation des modes de financement dont le début de la généralisation interviendra en 2004.**

Les bénéfices attendus de ce changement du mode de financement pour les structures de soins sont de trois ordres :

- Une **dynamisation des structures de soins en particulier publiques** : en devenant plus simple, le mode de financement permet une meilleure responsabilisation des acteurs et crée une **incitation à s'adapter**
- Une **équité de traitement entre les secteurs** ;
- Le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.

Pour atteindre ces objectifs, le Gouvernement a choisi la voie du pragmatisme. Il s'agit d'utiliser toute la connaissance capitalisée par les hôpitaux et les cliniques depuis la mise en oeuvre du PMSI et non de bouleverser l'ensemble du secteur hospitalier.

C'est pour cette raison que plusieurs principes de bon sens sont retenus :

- Il n'y aura **pas de modification dans la part respective des différents financeurs** (sécurité sociale, mutuelles, patients) des hôpitaux et cliniques.
- Les **activités dites d'intérêt général notamment celles d'enseignement et de recherche seront financées selon un mode de dotation plus adapté.**
- **Certaines activités ou molécules très coûteuses continueront à bénéficier d'un soutien financier spécifique.**

La volonté d'accompagnement des structures se concrétise, dès la fin 2002, par le lancement d'un appel à candidature en direction des établissements afin qu'ils expérimentent en 2003 ce nouveau mode de financement (40 d'entre eux seront retenus) et par la mise en place d'une **mission opérationnelle sur la tarification à l'activité** (15 personnes) dont les objectifs sont les suivants :

- Construire et simuler les différents scénarii de mise en oeuvre d'une tarification à l'activité.
- Accompagner les établissements expérimentateurs.
- Présenter aux professionnels les résultats des simulations et des expérimentations.
- Proposer les différentes mesures d'aménagement réglementaires et d'accompagnement nécessaires pour réussir la généralisation progressive.

Cette mission, placée sous l'autorité du ministre de la santé, informera régulièrement les organismes représentatifs des établissements par le biais d'un comité de suivi installé auprès d'elle.

Afin de répondre, au souci d'information préalable du Parlement, le rapport sur les simulations de la tarification à l'activité sera présenté aux commissions des affaires sociales du Sénat et de l'Assemblée Nationale.

3. La rénovation des modes d'achat des hôpitaux publics.

Les hôpitaux publics sont soumis, en raison de leur statut, à l'application du **Code des Marchés Publics**. Ce dernier est bâti sur la volonté de transparence de l'achat public. Cette volonté s'exprime à travers les trois principes fondateurs du code :

- Egalité d'accès des fournisseurs à l'achat public ;
- Mise en concurrence ;
- Transparence des procédures et des décisions.

Le respect de cette volonté a conduit la puissance publique à renforcer de manière continue les contrôles et obligations des responsables publics afin de se garantir contre toute dérive. Dès lors, c'est plutôt le respect des contraintes juridiques qui conduit aujourd'hui les acheteurs publics que l'efficacité économique. C'est d'ailleurs cet aspect que les collectivités locales privilégient le plus (66% ont renforcé le pôle juridique de leur fonction achat)*. De même l'IGAS (1999) relève que la " préoccupation majeure des gestionnaires hospitaliers est de mener à bien les procédures administratives " et non de faire un bon achat (rapport prix/qualité/ maintenance).

Enfin, des données concernant les coûts d'achat de certaines molécules pharmaceutiques onéreuses démontrent que l'écart entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés peut, dans certains cas, atteindre jusqu'à 20%.

Il apparaît que les procédures des hôpitaux publics ne sont plus adaptées à une fonction d'achat moderne et économe des deniers publics.

Ce constat incite le Gouvernement à rechercher à assouplir l'application de ces règles. Dans un premier temps, un alignement de la réglementation nationale sur la réglementation européenne devrait permettre aux établissements de retrouver quelques marges de manœuvre. Dans un second temps, il appartiendra au groupe de travail sur la modernisation de la gestion de réfléchir aux voies et moyens permettant aux hôpitaux de bâtir des procédures d'achat modernisées et adaptées.

** Enquête conduite en 1999 auprès de 2800 établissements et collectivités locales par Desmazes et Kalika (université Paris-Dauphine).*

4. La simplification de l'organisation sanitaire

Renforcement du rôle central du SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire)

Suppression des indices et de la carte sanitaire

Le dispositif de planification repose aujourd'hui sur la combinaison de trois instruments principaux, le **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)**, la **carte sanitaire** et les **autorisations**, qui rendent la planification de l'offre hospitalière complexe et peu lisible.

Aujourd'hui, les autorisations sont délivrées pour des durées différentes selon leur nature : les activités de soins (obstétrique, chirurgie spécialisée, soins de suite, ...) pour 5 ans, les équipements lourds (scanner, IRM) pour 7 ans, et les installations (lits de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de psychiatrie ou de soins de suite) pour 10 ans. **Le SROS et la carte sanitaire sont établis pour une durée maximale de 5 ans.**

Par ailleurs, l'élaboration de la carte sanitaire est encadrée par des indices nationaux à l'intérieur desquels sont arrêtés les indices régionaux, qui tiennent peu compte des spécificités régionales. Ces indices limitent le nombre de lits ou d'équipements qui peuvent être autorisés.

Les conséquences néfastes de ce dispositif complexe et rigide ont souvent été dénoncées. Le retard encore important de la France en matière d'équipements d'imagerie médicale en est un exemple frappant. Il en est de même pour l'incapacité à répondre dans de nombreuses régions à des besoins de santé compte tenu de la saturation des indices.

Deux mesures générales pour une planification régionale plus simple et plus efficace

Supprimer la carte sanitaire et les indices. Ils sont remplacés par une nouvelle annexe du SROS.

Le SROS, renforcé et rénové, devient désormais l'outil central de la régulation de l'offre de soins.

C'est dans une nouvelle annexe du SROS que figurera la répartition quantitative souhaitable des activités et des équipements par bassin de santé. Cette répartition est arrêtée par l'ARH indépendamment d'un encadrement national.

A moyen terme une meilleure connaissance épidémiologique permettra de déterminer l'offre en fonction des besoins de la population et non plus en fonction de l'existant.

Déconcentrer aux ARH toutes les autorisations et les simplifier.

La compétence du ministre chargé de la santé pour statuer sur les demandes d'autorisation disparaît.

Désormais, seule l'agence régionale de l'hospitalisation a compétence pour délivrer ou refuser les autorisations.

La notion d'installation disparaît, pour être intégrée aux activités de soins.

Les calendriers sont harmonisés : toutes les autorisations sont ramenées à 5 ans, conformément à la durée d'un SROS.

Le niveau de la réduction de capacité en lits à appliquer lors d'un regroupement ou d'une conversion d'activité sera désormais négocié dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens.

Trois mesures particulières pour développer les alternatives à l'hospitalisation, la santé mentale, et les soins palliatifs

Les **structures d'alternatives à l'hospitalisation doivent être développées** pour permettre au patient de bénéficier d'une prise en charge adaptée et de qualité, et pour favoriser le décloisonnement entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, et entre le sanitaire et le social.

Actuellement, les structures d'alternatives ne peuvent être créées qu'en substitution de l'hospitalisation traditionnelle, et selon des conditions de réduction de moyens pénalisantes.

Désormais, les taux de change (nombre de lits à fermer pour créer des places d'alternatives) seront supprimés pour l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation, à savoir :

- les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire,
- les structures d'hospitalisation à temps partiel,
- les structures d'hospitalisation à domicile.

L'ARH pourra donc autoriser la création ex nihilo de places d'alternatives à l'hospitalisation, si cela est conforme aux besoins de santé et au SROS.

Il n'y aura plus deux SROS séparés (un somatique et un psychiatrique). Le schéma régional de psychiatrie sera intégré comme volet obligatoire des SROS, afin d'améliorer l'articulation entre les soins somatiques et psychiatriques notamment pour la réponse aux urgences, l'intervention des équipes de psychiatrie dans les autres services et la couverture des besoins somatiques des malades mentaux.

Le secteur psychiatrique sera désormais déterminé par l'annexe du SROS et non plus par la carte sanitaire.

Comme la santé mentale, les soins palliatifs deviendront une thématique obligatoire du SROS, pour lequel l'objectif sera désormais de prévoir et susciter les évolutions de l'offre de soins dans une triple dimension préventive, curative et palliative.

5. La facilitation des coopérations sanitaires

Simplification et assouplissement du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)

Un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) élargi, souple et polyvalent, remplacera, à terme, les autres modalités de coopérations.

Dans le dispositif de modernisation envisagé, le GCS peut désormais être constitué entre un ou plusieurs établissements de santé et des professionnels libéraux de santé.

Il n'est plus limité aux établissements.

L'objectif est d'ouvrir le GCS aux professionnels libéraux de santé et favoriser ainsi la coopération entre établissements publics de santé, établissements privés, PSPH et médecins de ville.

Cette mesure est susceptible de répondre à la pénurie que connaissent les établissements hospitaliers publics pour certaines disciplines médicales ou chirurgicales. Le GCS peut constituer le cadre d'une organisation commune des personnels médicaux pouvant dispenser des actes au bénéfice des patients des établissements membres du GCS et participer aux permanences médicales organisées dans le cadre du groupement.

Il peut aussi devenir un cadre juridique ad hoc pour un réseau de santé.

II. La modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics

Le constat préoccupant du rapport de la mission nationale d'évaluation de la mise en place de la RTT, appelle la mise en oeuvre rapide d'un véritable **plan de sauvetage de l'hôpital public**, visant à rénover en profondeur sa gestion interne, afin de lui donner la souplesse, la réactivité, et l'efficacité qui lui font défaut, et font souffrir l'ensemble des professionnels qui y travaillent.

Il convient d'aller vite, mais sans précipitation. Et surtout en impliquant totalement dans l'implication de ce plan l'ensemble des acteurs concernés.

Deux grands chantiers seront donc ouverts dans les semaines qui viennent.

Chaque « groupe projet » sera confié à des professionnels de santé s'entourant d'hommes et de femmes de terrain pour mener pendant trois mois des réflexions accélérées mais approfondies sur des thèmes précis. Les deux « groupes projet » élaboreront des propositions pour la fin du premier trimestre 2003.

Pour ce faire, ils se déplaceront en régions, afin de dialoguer avec tous les acteurs concernés. A partir de ces propositions, s'ouvrira une période de concertation nationale avec les représentants des professionnels devant conduire à des textes réglementaires et législatifs avant l'été 2003.

Le premier " groupe projet " s'attachera à deux objectifs principaux

Tout d'abord, le **décloisonnement interne de l'hôpital** en révisant les règles qui régissent son organisation.

Plusieurs orientations seront étudiées, sans que le champ d'investigation soit fermé :

- L'assouplissement du régime budgétaire et financier.
- Le décloisonnement des organisations médicales en généralisant les **pôles d'activité et en instituant une contractualisation interne** étendue avec le conseil d'administration.
- Une réflexion sur l'évolution des instances des établissements afin que ces derniers puissent jouer pleinement leur rôle dans le cadre d'une autonomie accrue de l'hôpital.
- La révision des modalités d'achats.
- La rénovation des relations entre les acteurs au sein de l'hôpital, ensuite.

Plusieurs champs de réflexions seront ouverts :

- **Fixer de nouvelles dispositions pour intéresser individuellement l'ensemble du personnel aux résultats de gestion des pôles d'activité, intéresser les médecins aux postes de responsabilités** (pôles de responsabilité, CME - Commission médicale d'établissement -), expérimenter de **nouveaux modes de rémunération pour les médecins**, prévoir une **contractualisation du chef d'établissement et de l'ARH sur des objectifs**.
- Moderniser le dialogue social dans les établissements publics de santé et au niveau central.
- Déconcentrer la gestion des PH et directeurs et proposer de nouveaux outils de gestion des compétences afin de mettre celles ci en adéquation avec la stratégie des établissements.

Le deuxième " groupe projet " s'intéressera aux spécificités des CHU, telles que :

- Le développement de l'innovation, en tant que point commun aux trois missions des CHU : soins, enseignement, recherche.
- Le renforcement de la dimension régionale et inter - régionale des CHU.
- La recherche d'une nouvelle dimension aux inter relations CHU/ Faculté.
- Le recrutement des chercheurs et des enseignants.

Questions – Réponses

1- Quel bénéfice économique attendez-vous de la mise en place d'une tarification à l'activité ?

L'objectif de la mise en place d'une tarification à l'activité n'est pas, principalement, d'ordre économique ; il est plus ambitieux et plus profond que cela. Le fait de lier plus étroitement l'activité réalisée et le budget des établissements de santé permet de rendre le système actuel plus simple et donc plus compréhensible pour les professionnels quels qu'ils soient. De ce fait, ces derniers seront, désormais, responsabilisés dans leurs pratiques quotidiennes ; le système retrouve du sens et le budget qui est alloué aux structures n'est plus le résultat d'un processus bureaucratique mais le fruit direct de leur travail. La tarification à l'activité permet aussi de donner sens et corps à la volonté du Gouvernement d'intéresser les professionnels aux résultats de leurs actions.

2- Les nouvelles pathologies ou les nouveaux médicaments pourront-ils toujours être financés ?

Le nouveau mode de financement des établissements de santé n'a pas pour ambition d'englober de façon exhaustive toutes les activités de l'hôpital. Si c'est un système bien adapté aux pathologies connues et couramment pratiquées, il doit aussi être complété par d'autres sources de financement pour accompagner le progrès médical. Sur ce point, en particulier, le système actuel de financement des molécules innovantes et coûteuses sera maintenu. De même, l'enseignement et la recherche feront l'objet de financements spécifiques qui permettront à notre système hospitalier de conserver son niveau d'excellence. Enfin, les activités de service public ou d'intérêt général (urgences, réseaux par exemple) feront l'objet d'un traitement financier particulier permettant de garantir à nos concitoyens un accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

3- Le recours à des entreprises privées pour construire des hôpitaux est-ce le début de la privatisation ?

En aucun cas. Il s'agit en ouvrant cette possibilité (cela ne sera en aucun cas une obligation) de permettre un raccourcissement des procédures de construction et d'éviter, ainsi, aux équipes soignantes et aux patients une attente inutile pour bénéficier d'un environnement accueillant et respectant les normes de sécurité. La mission de l'hôpital, c'est de soigner et pas de construire des bâtiments.

4- Le plan de relance de l'investissement concerne les hôpitaux publics mais aussi les cliniques privées ; est-il normal de soutenir, ainsi, des entreprises privées ?

Ce qui importe à nos concitoyens, c'est d'être pris en charge de façon médicalement adapté et humainement chaleureux dans un environnement de qualité beaucoup plus que la nature juridique de l'établissement d'accueil. Par ailleurs, nous sommes tous attachés à l'originalité de notre système de soins qui permet la co-existence d'hôpitaux publics et privés. Cette mixité est une richesse qu'il nous faut préserver.

5- Permettre aux hôpitaux d'acheter plus simplement les produits dont ils ont besoin signifie-t-il que l'hôpital devra changer de statut juridique ?

C'est plutôt d'une adaptation dont il s'agit. Mais, il faut avant tout aborder le sujet de l'achat public avec pragmatisme. En effet, il s'agit de répondre à un constat d'inadaptation des règles imposées aux hôpitaux au regard de leurs besoins. Dès lors, nous allons explorer toutes les voies permettant à ces derniers de se rapprocher sensiblement des modes d'achat modernes. Si cela doit passer par une modification partielle du statut juridique, cela sera discuté avec l'ensemble des partenaires.

6- La réforme de la planification, et en particulier la suppression des indices, fait-elle courir un risque d'arbitraire de la part des Agences Régionales de l'Hospitalisation?

L'assouplissement de la planification vise à redonner une cohérence globale à la régulation régionale. Il s'agit de passer d'un système d'encadrement de l'offre de soins par des indices administratifs à une **régulation basée sur les besoins et l'activité réels** (file d'attente par exemple), concertée (le SROS n'est pas une décision arbitraire mais un document faisant intervenir tous les acteurs régionaux) et éventuellement contractualisée, demain, avec les établissements. Cette régulation se fait à un niveau géographique fin, ce qui constitue une vraie nécessité.

7- Le rapport Piquemal dresse un tableau alarmant de l'organisation hospitalière, le plan hôpital 2007 est-il de nature à y apporter des solutions ?

Bien sûr. Le plan hôpital 2007 est, aussi, conçu en ce sens ; pour autant, il ne constitue pas une réponse universelle. En ouvrant la voie à un assouplissement des structures internes et à une responsabilisation des acteurs hospitaliers, les mesures qui seront mises en oeuvre dans le cadre du plan hôpital 2007 permettront une meilleure coordination entre les différents services au sein des hôpitaux. Mais travailler sur l'organisation est une tâche difficile qui réclame du temps et de la méthode. Il est clair que des mesures d'adaptation transitoires doivent être trouvées. Elles feront l'objet des discussions avec les organisations syndicales à propos des assouplissements du dispositif RTT. Concernant l'accompagnement des changements organisationnels que suppose la mise en place de la RTT, la nouvelle mission d'audit pourra être mise à contribution afin d'accompagner les établissements dans la révision de leur processus de fonctionnement.

8- Concernant la gestion interne de l'hôpital, vous lancez deux nouveaux groupes de travail ; les éléments de diagnostic ne sont-ils pas déjà connus depuis longtemps ?

On ne réforme pas par décret. Notre ambition n'est pas de faire la réforme à la place des acteurs mais de mettre à disposition de ceux-ci les outils leur permettant de construire, de bâtir leur projet avec souplesse. Si le diagnostic sur la lourdeur administrative du fonctionnement de l'hôpital est largement partagé par l'ensemble des acteurs, encore convient-il que ces derniers s'expriment sur les solutions possibles pour corriger cet état de fait. C'est pourquoi, les deux groupes de travail devront aller à la rencontre des hospitaliers en région pour proposer des idées, recueillir des avis et, en définitive, construire un nouveau cadre de référence pour l'hôpital.

9- Pourquoi avoir choisi de distinguer les CHU par rapport aux autres composantes de l'hospitalisation ?

Les CHU occupent une place particulière dans le paysage hospitalier. D'une part, ils sont les centres de formation des nouveaux professionnels. D'autre part, ils jouent un rôle déterminant dans la recherche médicale. Ces deux aspects leur confèrent des charges et des devoirs particuliers auxquels il faut réfléchir de manière approfondie si nous voulons préserver l'excellence de notre système.

Mais, par ailleurs, les CHU sont parallèlement, comme tous les centres hospitaliers, concernés par l'ensemble des mesures du plan hôpital 2007 (tarification à l'activité, investissement etc...).