LA REFORME HOSPITALIERE : GENERALITES ET PLANIFICATION HOSPITALIERE

Plan de l’intervention

* **Introduction**
* **Chapitre 1 : Une approche économique de la maîtrise de l’offre de soins par la planification sanitaire**
* *A - La Carte sanitaire, un outil quantitatif efficace*
* Fonctions
* Méthode
* B *- Une prise en compte insuffisante de l’aspect qualitatif de l’offre de soins : rapport de la Cour des comptes : La Sécurité Sociale, septembre 2002)*
* Limites de la méthode des indices
* Le régime des autorisations

INTRODUCTION

* **La planification hospitalière : les 30 Glorieuses et l’hôpital, acteur de la croissance économique**

* => Il est agent bâtisseur (construction, rénovation)
* => Il est agent recruteur (PM : 5700 en 1972, 13000 en 1980)
* On augmente l’offre sanitaire pour améliorer la prise en charge.

INTRODUCTION

* A partir des 70’s : nouvelles contraintes et repositionnement de l’hôpital par rapport à son environnement économique
* Ralentissement de la croissance éco

=> rationalisation des dépenses

* Décentralisation 1982

=> responsabilisation des collectivités locales dans le développement économique, elles se rapprochent de l’hôpital

* Renforcement de la concurrence du secteur privé et de la médecine de ville

INTRODUCTION

* Enjeux en termes d’emplois, de santé publique, financiers.
* => Passage d’une logique non régulée orientée uniquement vers l’augmentation de l’offre à une logique qui doit concilier qualité de l’offre et contrainte économique forte.
* Nécessité de maîtrise des dépenses de santé
* loi 31/12/1970 : une planification sanitaire efficace sur le plan économique mais pas sur le plan de la santé publique
* loi 31 juillet 1991 et ordonnances 24 avril 1996 : organisation plus qualitative de la planification en termes de santé publique.

INTRODUCTION

* Les découpages du territoire sanitaire :
* zones sanitaires déterminées par rapport à l’importance de la population et ses évolutions à MT, les données épidémiologiques et les moyens de communication.
* Régions sanitaires = régions administratives
* Secteurs sanitaires et secteurs psychiatriques arrêtés par le DARH / seuil de population (officiellement 200 000 hab.).

INTRODUCTION

* **La planification a pour but d'assurer l’adéquation entre offre et besoins.** Il s’agit de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l’offre de soins et d’améliorer la réponse apportée aux besoins de la population.
Elle repose sur une réflexion sur les évolutions souhaitables, basée sur un double recensement des équipements et activités autorisés d’une part et les besoins non couverts de la population d’autre part.
Ces principes généraux sont dans leurs grandes lignes valables aussi bien pour le secteur sanitaire que le secteur médico-social, cependant il existe des différences au niveau de leur déclinaison pratique.

INTRODUCTION

* La planification sanitaire et l’encadrement des dépenses sont amorcés avec la **loi hospitalière du 31 décembre 1970** qui crée la notion de "service public hospitalier " et instaure la **carte sanitaire**. Arrêté en 1974, ce découpage de l’espace géographique en 256 secteurs sanitaires, répartis en 21 régions, vise l’instauration d’un plateau technique minimum au sein de chaque secteur et un rééquilibrage sectoriel des équipements hospitaliers.
* La carte sanitaire est accompagnée d’une procédure renforcée d’autorisation visant les établissements privés pour les équipements en nombre de lits et les installations d’équipements "lourds". Les établissements publics demeurent sous le principe de l’approbation par l’autorité de tutelle des décisions de leur conseil d’administration.

 **A - La Carte sanitaire, un outil quantitatif efficace**

* Fonctions
* Détermine les limites des régions, secteurs sanitaires et psychiatriques. Les zones sanitaires, à la différence des régions et des secteurs, ne sont pas uniques mais spécifiques à chaque installation ou équipement.

 Ex : neurochir, chir cardiaque : la France est une seule zone.

* définition pour chaque secteur sanitaire de la nature, de l’importance et de l’implantation des installations nécessaires : moyens d’hospitalisations, structures de soins, alternatives à l’hospitalisation exprimées en lits ou places correspondant aux disciplines MCO, réa, SSR, SLD, psy

 **A - La Carte sanitaire, un outil quantitatif efficace**

* définition des équipements matériels et immobiliers lourds nécessaires : qui ne peuvent être utilisés que dans des conditions particulièrement onéreuses ou peuvent entraîner un excès d’actes médicaux. Par ex, scanographe, IRM, médecine nucléaire lithotripteurs, etc…
* définition des activités de soins d’un coût élevé comme transplantation d’organes, neurochirurgie, réa, chirurgie cardiaque, PMA, etc.…

 **A - La Carte sanitaire, un outil quantitatif efficace**

 **A - La Carte sanitaire, un outil quantitatif efficace**

* Des indices de besoins sanitaires par secteur sanitaire sont définis pour chaque type de lit et d’équipements lourds, par le DARH ou le Ministre.

 Ex : chirurgie : 1 à 2,2 lits/1000 habitants

* Les programmes des éts de santé doivent correspondre aux équipements prévus par la carte sanitaire.
* C’est donc un outil très efficace pour contrôler le développement de l’offre de soins hospitaliers

 **A - La Carte sanitaire, un outil quantitatif efficace**

* Le dernier état de la Carte Sanitaire est le suivant en Martinique :

 **A - La Carte sanitaire, un outil quantitatif efficace**

* Limite de la carte sanitaire : il n’y a aucune recomposition qualitative de l’offre sanitaire par secteur.

 **B - Une prise en compte insuffisante de l’aspect qualitatif de l’offre de soins**

* (Cf rapport de la Cour des comptes La Sécurité Sociale, septembre 2002)
* Les indices de la CS ne remettent pas en cause l’existant => une évaluation fruste des besoins pour les disciplines MCO
* Volume théoriques de lits souhaitables = nb de j réalisées par discipline / tx d’occupation cible (entre 80 et 85%) x 365

* Limites de la méthode des indices :

- elle reproduit l’existant ;

- elle pénalise les secteurs dont les capacités sont sous-utilisées faute de moyens (par ex en PM) et non faute de besoins ;

- elle pérennise les répartitions entre disciplines en empêchant les redéploiements au sein des hôpitaux.

* Pb : rigidités de certains indices d’équipements lourds.
* En dépit des révisions fréquentes, certains indices n’évoluent pas assez pour tenir compte de l’augmentation de l’indication des recours.

 Ex 1 : imagerie nucléaire

 Ex 2 : insuffisance rénale chronique : les niveaux des indices ont entraîné une pénurie d’équipements dans les centres de dialyse.

 Csq : suractivité et développement de l’autodialyse

 Le Ministre a donc remplacé l’indice pour ce secteur et l’a remplacé par un régime d’autorisations par rapport au critère d’activité du nombre des séances.

* L’administration ne peut refuser un projet pour des motifs qualitatifs (priorité de santé publique, localisation à l’intérieur du secteur sanitaire) : les indices sont opposables / JA.
* Facteurs d’évolution à partir des 80’s :
* aggravation des déficits publics
* reconnaissance des exclusions
* amélioration des reconnaissances épidémiologiques
* reconnaissance d’inégalités géo de la répartition de l’offre de soins sur le territoire
* émergence de nouveaux problèmes de santé (VIH)
* Nouveauté : les pouvoirs publics recherchent une meilleure adéquation entre l’offre de soins et la demande ie politique qui concilie maîtrise des dépenses de santé et le maintien de la qualité des soins.
* C’est la logique de planification sanitaire axée autour du SROS et de la carte sanitaire.
* Développement des complémentarités et coopérations hospitalières en partant du constat d’une offre de soins hétérogène, surdimensionnée et inégalement répartie.

**A - Le schéma d’organisation sanitaire (SOS) et son annexe, outil d’une planification fine de l’offre de soins**

* A partir de la loi du 31 juillet 1991, un nouveau document vient compléter la CS : le SOS et ses déclinaisons régionales, les SROS.
* Il « *fixe des objectifs en vue d’améliorer la qualité, l’accessibilité et l’efficience de l’organisation sanitaire.* »

**A - Le schéma d’organisation sanitaire (SOS) et son annexe, outil d’une planification fine de l’offre de soins**

* La **loi hospitalière du 31 juillet 1991** renforce le contenu de la carte sanitaire, développe les alternatives à l’hospitalisation et crée le **schéma régional d’organisation sanitaire (SROS)**. La loi de 1991 prend en compte la dimension régionale en tant que référence sanitaire : le pouvoir de l’Etat en la matière est pour partie délégué aux instances régionales ou locales.

**A - Le schéma d’organisation sanitaire (SOS) et son annexe, outil d’une planification fine de l’offre de soins**

* Objectif : susciter l’adaptation, la complémentarité et la coopération de l’offre de soins et des éts de santé.
* Ressort territorial : la région sanitaire, voire zone interrégionale cf Etampes-Pithiviers, Beaumont-Meru
* L’objectif des SROS est de déterminer la répartition géographique optimale des installations et activité de soins. Le SOS permet désormais à l’autorité administrative de rejeter un projet conforme à la carte sanitaire mais mal situé ou ne correspondant pas à une priorité de santé publique.

**A - Le schéma d’organisation sanitaire (SOS) et son annexe, outil d’une planification fine de l’offre de soins**

* Depuis l’ordonnance du 24 avril 1996, les SOS sont complétés par une annexe qui a la même valeur juridique :
* Elle détermine les créations, regroupements, suppressions ou transformations des installations et des unités nécessaires à la réalisation du SROS.
* L’annexe permet à l’administration d’orienter les demandes des établissements de santé par la préfiguration des restructurations nécessaires.

**B - Une maîtrise optimisée de l’offre de soins hospitaliers**

* La planification est double :
* outil de maîtrise du développement de l’offre de soins ;
* elle devient également outil de recomposition du tissu hospitalier.

**B - Une maîtrise optimisée de l’offre de soins hospitaliers**

* Sa mise en œuvre est complétée par :
* les COM qui contractualisent les opérations nécessaires à la réalisation du SOS et de la CS ;
* la limitation dans le temps de la durée des autorisations données (ab loi 31/07/91) alors qu’elles étaient auparavant accordées pour une durée illimitée ;

**B - Une maîtrise optimisée de l’offre de soins hospitaliers**

* réforme de la procédure d’examen des demandes : elle se fait désormais pendant des périodes définies, et non dans l’ordre d’arrivée ;
* le projet de certification dans le cadre de la V2 de l’accréditation, qui lierait démarche qualité et autorisation de fonctionnement ; il existe déjà des autorisations soumises à conditions techniques de fonctionnement fixées par décret. Cela concerne transplantations et PMA, urgences, obstétriques, néonatologie et réanimation.
* Mais le problème de pénurie de PM ne permet pas d’envisager la multiplication de ces contraintes de fonctionnement ;

**B - Une maîtrise optimisée de l’offre de soins hospitaliers**

* le renforcement des pouvoirs de l’autorité administrative qui peut désormais :

- retirer une autorisation de fonctionnement en cas d’activité insuffisante

- engager autoritairement des actions de coopération ou de regroupement entre EPS

- agréer les conventions constitutives de réseaux de soins entre établissements

**C - Le caractère imprécis des SROS**

* (Cf rapport de la Cour des comptes La Sécurité Sociale, septembre 2002)
* Les SROS posent des problèmes multiples:
* pas de chiffrage financier du SOS
* objectifs inatteignables en 5 ans compte tenu des taux d’augmentation de la DG
* le Ministre demande aux ARH de ne pas citer les établissements concernés par les restructurations en annexe des SOS. Cela reporte les décisions aux COM et aux projets d’établissement.

**C - Le caractère imprécis des SROS**

* Le renouvellement décennal des autorisations en 2002 n’a souvent que supprimé des lits autorisés et non installés => ni recomposition, ni économie budgétaire.
* Les SROS sont de 5 ans alors que les autorisations sont généralement octroyées pour 10 ans. Certaines ARH ont fini par délivrer des autorisations limitées à la durée restant à courir du SROS (pratique juridiquement attaquable).
* Les suppressions de lits installés sont le plus souvent négociés dans les COM.

**D – Les contraintes multiples pesant sur la planification sanitaire**

* Outre les contraintes d’emploi, économiques et de santé publique, la planification est conditionnée par **l’aménagement du territoire**.
* Cf circulaire du 3 juin 1993 : les petits éts ruraux sont nécessaires mais leur maintien est conditionné à une meilleure adéquation du service rendu aux besoins de la population.
* Ex : 1ers recours et soins de suite comme SSR, petites urgences, soins généraux en médecine, etc.…

**D – Les contraintes multiples pesant sur la planification sanitaire**

* Loi d’orientation du 4 février 1995 pour l’aménagement et le développement du territoire
* Circulaire du 26 mars 1998 : développement des approches centrées sur le patient au sein des bassins de vie (transformés en « bassins de santé » dans la loi 27/07/99), eux-mêmes organisés en pays (territoire avec une cohérence géo, culturelle, éco et so).
* Loi 25/01/99 d’orientation pour l’aménagement et le développement durable du territoire : prévoie un « schéma des services collectifs sanitaires » pour assurer l’égalité d’accès aux soins de qualité sur tt le territoire => Les éts sont encouragés à la coopération interhospitalière (filières, réseaux, etc…).

**E – L’Ordonnance du 24/04/1996**

* En matière de planification, la réforme issue de l’**ordonnance du 24 avril 1996** institue les **Agences régionales de l’hospitalisation** et régionalise les budgets avec pour objectif d’améliorer la complémentarité de l’offre de soins au sein d’une même zone géographique.

**E – L’Ordonnance du 24/04/1996**

* Renforcement des pouvoirs du DARH

=> Il peut demander à 2 ou plusieurs établissements de :

* conclure une convention de coopération ;
* créer un SIH ou GIP ;
* fusionner pour créer un nouvel établissement public.
* Le DARH doit motiver la demande et la soumettre pour avis aux CA.
* En cas d’avis négatif, il peut contraindre les établissements après avis du CROSS.

**E – L’Ordonnance du 24/04/1996**

* => Il peut même contraindre au redéploiement d’emplois de PM et crédits correspondants en cas d’opération de restructuration ou de coopération, vers les éts recevant les patients des services supprimés ou convertis.
* En cas de refus du CA, il peut même rendre ces mesures exécutoires de plein droit.

**F – L’élaboration des outils de la planification sanitaire**

* **Les autorités compétentes pour élaborer les CS et SOS**
* Compétence du DARH : secteur sanitaire, région sanitaire, SROS, schéma régional de psychiatrie

 Ex : MCO, SSR, USLD, matériels lourds qui ne sont pas de la compétence du Ministre

* Compétences du Ministre : zone sanitaire nationale ou interrégionale

 Ex : chirurgie cardiaque, traitement des grands brûlés

**F – L’élaboration des outils de la planification sanitaire**

* **Procédure d’élaboration de la CS et du SOS**
* Avis des CROS, Préfets et commission exécutive de l’ARH pour le Ministre
* Avis des CNOS et CROSS (si interrégional) pour le Ministre

**F – L’élaboration des outils de la planification sanitaire**

* **Mise en œuvre de la planification sanitaire**
* Opérations soumises à autorisation : tous les établissements de santé sont concernés depuis la loi du 31/07/1991
* création, extension, conversion totale ou partielle, regroupements des établissements de santé et des installations (y compris équipements lourds et structures alternatives à l’hospitalisation)
* mise en œuvre ou extension des activités de soins.

**F – L’élaboration des outils de la planification sanitaire**

* **Conditions de délivrance ou de refus des autorisations :**
* répondre aux besoins définis dans la CS
* compatible avec les objectifs du SROS
* satisfaire aux conditions techniques de fonctionnement réglementaire. Par exemple, le décret du 16/01/91 relatif à la chirurgie cardiaque qui requiert les moyens techniques, humains et les organisations spécifiques pour assurer la sécurité des activités médicales.

**F – L’élaboration des outils de la planification sanitaire**

* Les dérogations à ces conditions sont :
* utilisation de techniques nouvelles ;
* urgence de santé publique ;
* développement de structures alternatives à l’hospitalisation dans des zones sanitaires excédentaires contre une baisse des moyens d’hospitalisation selon un taux de change réglementaire.

 Ex : si excédent<25% des besoins théoriques de la zone sanitaire en chirurgie, la création d’une place d’anesthésie ou de chirurgie ambulatoire exigera la fermeture de 2 lits de chirurgie à temps complet, de 2,25 lits si l’excédent est >25%.

**F – L’élaboration des outils de la planification sanitaire**

* Outre ces conditions, l’autorisation est conditionnée par :
* le respect d’engagements par rapport aux dépenses de l’AM ou en volume d’activité.
* La visite de conformité (MISP et médecin conseil de l’AM).

**F – L’élaboration des outils de la planification sanitaire**

* **Procédure de délivrance des autorisations**
* Envoi des demandes au DARH ou au Ministre dans des périodes déterminées ou « fenêtres », fixées réglementairement.
* Le mois précédent, on publie les indices de la CS pour indiquer les zones déficitaires en moyens.

**F – L’élaboration des outils de la planification sanitaire**

* **Durée, renouvellement, caducité**
* Elle varie selon la nature de l’activité, la durée d’amortissement des investissements nécessaires et l’évolution prévisible des besoins.
* Minimum 5 ans, et maxi 10 ans (SSR, SLD).
* Dossier de renouvellement au moins 1 an avant l’échéance (tacite reconduction). Les conditions sont les mêmes que pour l’octroi initial sauf les besoins de la CS.

**F – L’élaboration des outils de la planification sanitaire**

* **L’autorisation devient caduque si :**
* pas d’exécution dans les 3 ans ;
* l’installation n’est pas achevée dans les 4 ans ;
* cessation d’exploitation > 6 mois.
* **L’autorisation est suspendue si :**
* urgence pour la sécurité des malades
* non respect des conditions techniques de fonctionnement
* infraction aux textes relatifs à la santé publique.
* La suspension est assortie d’une mise en demeure qui peut déboucher sur un retrait.

**F – L’élaboration des outils de la planification sanitaire**

* Retrait de l’autorisation si :
* sous-occupation ou sous-utilisation durable (<60% pendant 3 ans).
* Le non respect des autorisations sont passibles d’une amende de 150 000€.

**G – La Planification dans le projet Hôpital 2007**

* Texte central : l’ordonnance du 4 septembre 2003
* La simplification de l’organisation sanitaire est un axe fort :
* recentrage autour d’un seul outil : SROS
* suppression de la carte sanitaire
* renforcement du contrôle des ARH dans le domaine des autorisations
* développement de la coopération sanitaire : le GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) est l’outil privilégié des coopérations : il est élargi et peut désormais concerner les professionnels libéraux.

**G – La Planification dans le projet Hôpital 2007**

* **La suppression de la CS**
* recentré sur les besoins de santé à partir des caractéristiques épidémiologiques régionales; affirmation de la dimension régionale (suppression des indices nationaux).
* Le territoire sanitaire est remplacé par **le territoire de santé** spécifique à chaque activité de soins pour tenir compte des besoins infra et interdéptaux et interrégionaux = territoire pertinent pour l’organisation des soins dont les limites tiennent compte des réalités locales indépendamment des limites administratives (dépts ou régions).
* Il est recommandé d’avoir un territoire identique pour ttes les activités liées aux plateaux techniques (chirurgie, anesthésie-réa, obstétrique, pédiatrie, imagerie, biologie, explorations fonctionnelles et disciplines interventionnelles).

**G – La Planification dans le projet Hôpital 2007**

* **L’autorisation unique d’activité**
* Elle est renouvelée tacitement tous les 5 ans sous réserve de dépôt d’un rapport d’évaluation.
* Avant, il fallait plusieurs autorisations.

Ex : pour la chirurgie cardiaque, il fallait 3 autorisations (/activités, lits, appareils).

* Elle est complétée par les COM qui sont négociés sur la base des SROS (objectifs quantifiés d’activité, négociation des regroupements).

**G – La Planification dans le projet Hôpital 2007**

* **Déconcentration des autorisations**
* Les ARH récupèrent toutes les compétences du Ministre en matière d’autorisation pour mieux répondre aux besoins locaux.

**Conclusion : Les SROS de 3ème génération**

* La circulaire d’orientation du 5 mars 2004 pour les SROS de troisième génération (2005-2010) vient compléter le dispositif et précise les orientations ministérielles pour les territoires de santé, les projets médicaux de territoire, les modalités de concertation avec les établissements, les professionnels de santé, les usagers et les élus, ainsi que les modalités d’organisation des plateaux techniques et des activités de proximité.

**Conclusion : Les SROS de 3ème génération**

* La circulaire définit trois démarches distinctes et complémentaires en matière de territorialisation : des **territoires de santé** pour l’organisation de l’offre, des territoires pour la concertation avec les **conférences sanitaires** et des **territoires de proximité** pour l’accès aux soins.
* Les nouveaux SROS se voient confier comme objectifs d’assurer une organisation sanitaire territoriale permettant le maintien ou le développement d’activités de proximité, et la mise en place d’une organisation graduée des plateaux techniques.