



# Le service public hospitalier dans le système de santé

MISSION PACTE DE CONFIANCE

pour l'hôpital

Groupe 1

Présentation intermédiaire

DOCUMENT DE TRAVAIL PROVISOIRE

## GROUPE 1

# **Le service public hospitalier dans le système de santé**

Ce document a été projeté en support de la présentation des travaux du groupe 1, lors de la séance plénière du 9 janvier 2013.

Il est incomplet sans les commentaires oraux qui l'ont accompagné.

DOCUMENT DE TRAVAIL PROVISOIRE

# Le service public hospitalier dans le système de santé

Équipe d'animation :

- présidente

- **Bernadette Devictor**, représentante des usagers, présidente de la conférence nationale de santé

- Vice présidents

- **Bertrand Fenoll**, président CME CHRU de Brest
- **Christian Dubosq**, directeur général ARS Picardie

- Rapporteur

- **Paul Castel**, IGAS puis directeur général ARS PACA

Personnalités qualifiées associées à l' équipe :

- **Pierre Alegoët, Yves Auroy, Jean Noël Cabanis, Marie Christine Hardy Baylé, Catherine Weber Seban**

## Préambule

- 9 séances de travail avec intervention d'une quinzaine d'experts
- Assiduité, cordialité et passion dans les échanges
- Majorité des orientations sont consensuelles, mais certaines font débat

# Réintroduction du SPH : changement législatif mais économie de réglementation

- **Attente réintroduction du SPH dans la loi** avec rénovation indispensable
- Mais demande d'**économie de réglementation** traduisant
  - la marge de manœuvre laissée aux acteurs
  - la confiance qui leur est faite

# Réintroduction du SPH avec approche service et non structure

*Le SPH, un service public au service du public*

- **Améliorer l'état de santé de la population** : faire face aux enjeux de santé publique, contribuer à la réduction des inégalités de santé
- **Améliorer le service rendu à l'utilisateur** en répondant mieux à ses attentes : accessibilité, continuité, lisibilité, ...
- **Favoriser le rôle d'acteur de l'utilisateur** pour sa santé et pour la santé

# Réintroduction du SPH dans une approche parcours de santé

- **Le SPH ne peut se rénover seul**
- **Il s'inscrit dans une offre globale en santé**

## **trois temps de présentation**

1. la redéfinition du SPH
2. le SPH dans son contexte, dans l'approche parcours de santé
3. Le financement au service du SPH rénové

DOCUMENT DE TRAVAIL PROVISOIRE

## **1/ LA REDEFINITION DU SPH**

# Redonner du sens à travers les valeurs du SPH

- **Service** et écoute des usagers ;
- **Éthique** du « juste soin au juste coût » ;
- **Solidarité** et **responsabilité** à l'égard d'une population sur un territoire ;
- **Coopération**
- **Transparence**
- **Participation des usagers** à la prise de décision dans les établissements.

# Redonner du sens à travers les obligations du SPH

- **L'accessibilité géographique, financière et en droits** aux soins (principe d'égalité)
- **La permanence des soins** (continuité)
- **L'adaptation** de l'offre aux besoins de santé (mutabilité) en particulier au travers de la **coopération** (qui doit être considérée comme une obligation)

# SPH et accessibilité géographique

- **Gradation de l'offre**

- CHU responsabilité régionale voire interrégionale, CH participation territoriale au projet régional, CH local ou petit centre hospitalier lien avec médecine généraliste
- une démarche concertée
  - diagnostic initial
  - définition d'un objectif
  - rôles précisés pour chacun
  - outils au service de la coopération (SI et financements)
  - évaluations régulières
- modalités de coopération et de financement des établissements isolés (exception géographique) à mettre en place

# SPH et accessibilité financière

- **Cartographie** de l'accessibilité en tarifs opposables
- **Valeur d'opposabilité** au SROS pour l'accessibilité financière
- **Activité libérale à l'hôpital public**
  - Faire respecter la loi, et aller plus loin
    - Planning d'activité
    - Plafonnement annuel des honoraires
    - Meilleure lisibilité des pratiques pour l'utilisateur
    - Présidence des CAL par usagers

*Propositions à venir de la commission Laurent (fin mars)*

# SPH et coopération

- c'est une nouvelle obligation
- **les établissements doivent coopérer entre eux, et avec l'ensemble des acteurs de santé** (médecins libéraux, des paramédicaux, des acteurs de l'accompagnement médicosocial en structures ou à domicile, associations d'usagers,...) **et du social** sur un territoire
- peut être considérée comme une traduction de l'obligation de mutabilité

## SPH et transparence

- **Indicateurs de qualité, satisfaction des usagers, et documents financiers**
- **À élargir aux établissements privés** (lucratifs et non lucratifs) : communication des documents internes (projet d'établissement et comptes financiers), *il convient d'expertiser*

# Les missions et les acteurs du SPH

- Réviser la liste des missions définie dans HPST ; retenir des blocs larges où les soins figurent en premier lieu ; **le SPH renvoie à l'ensemble de l'activité des EPS et des ESPIC**
- **Les acteurs : EPS et ESPIC**
  - **Participation du privé si contribution nécessaire** pour le maillage territorial ou la réalisation des missions (enseignement, recherche, permanence des soins, ...) et sous réserve du respect des obligations
- **Contrôle** à la charge de l'ARS du respect des obligations par tous les acteurs participant au SPH

DOCUMENT DE TRAVAIL PROVISOIRE

## **2/ LE SPH DANS SON ENVIRONNEMENT**

# Missions de service public territoriales

- Objectif : améliorer la réponse aux besoins de santé ***sur une thématique*** de santé publique (psychiatrie, maladie chronique, ...) dans un partage de **responsabilité populationnelle (accès de tous à la santé)**
- **Portées par les acteurs** : acteurs du SPH + médecins libéraux + professionnels de santé + intervenants à domicile + acteurs de la prévention + collectivités territoriales + ... Travaillant en complémentarité, partageant **valeurs et obligations du service public**
- ***C'est une approche du service public de santé à partir des acteurs, d'un objectif thématique et d'un territoire***

# Missions de service public territoriales

## modalités

- **Contrats territoriaux de santé** : les acteurs sont les porteurs
- **Conférences de territoire** : incitation, avis
- **ARS** : incitation, soutien, décision (animation, si nécessaire)
  - Compétences en chefferie de projet, animation de logique territoriale
  - Besoins d'outils diagnostics (accès à la santé, pertinence des soins, adéquation des réponses, fluidité des parcours, coopérations, ...)

# Missions de service public territoriales outils

- **Observatoire** des besoins de santé
- **Répertoire des acteurs** : lisibilité de l'offre  
(qui fait quoi et comment)
- **Systeme d'information partagé**
- **Financement adapté**
- **Evaluations régulières**

## Impact sur le SPH

- Toutes les activités et missions du SPH doivent être revisit es dans la perspective du travail en coopération sur un territoire

DOCUMENT DE TRAVAIL PROVISOIRE

# Formation

- **Revoir contenu et organisation** de la formation des jeunes médecins
  - Orientation vers apprentissage en compétences, de décision et de coopération notamment
  - Formation à prise en charge de la précarité
- **Participation de tous les acteurs** (établissements, médecins, MPS, pôles, ..) ; contrats pédagogiques signés avec doyens
- Développer **partenariats entre CH et facultés ou universités**
- **Revaloriser la formation clinique**

# Recherche

- **Garantir la place** de la recherche en France
- **Revoir l'organisation** de la recherche
  - Région (DRCI), interrégion (DIRC), national
  - Fédération des acteurs de recherche par discipline médicale
- **Contractualiser** entre acteurs SPH et établissements scientifiques et technologiques
- **Evaluer**
- **Renforcer coopération** dans la recherche
- **Garantir le financement** de la recherche

### **3/ Un mode de financement au service du SPH rénové**

DOCUMENT DE TRAVAIL PROVISOIRE

# T2A : réduire et adapter

1/3

- **Réduire la part de tarification à l'activité** dans le financement MCO et expertiser, voire expérimenter, avant toute extension à d'autres secteurs(psy, SSR,HL)
- **Revoir les modalités d'élaboration des tarifs:**
  - construction
  - neutralité tarifaire
  - politique tarifaire

## T2A : réduire et adapter

2/3

- **Revoir la liste des activités sous T2A**, en liaison avec les experts médicaux spécialistes.
  - Exclure : les maladies chroniques, pathologies du vieillissement, autres...
- **Inclure de façon claire dans les tarifs ou dans le financement diverses activités aujourd'hui en tout ou partie exclues** : éducation thérapeutique, prévention, rechutes/récidives...

## T2A : réduire et adapter

3/3

- Faire de la **qualité** un élément important de rémunération dans la T2A,
- Créer un **observatoire**, indépendant, de la T2A (mission d'évaluation d'impact T2A)
- Rendre la T2A plus réactive aux **innovations** médicales,
- Faire évoluer les modalités de **contrôle** vers plus d'équité et de médicalisation,

## MIG, MERRI, AC

- Clarifier le champ d'application et le rôle des MIG (revisiter, chiffrer, contractualiser avec ARS, tracer, contrôler)
- Poursuivre et amplifier le processus de rémunération des MERRI sur la réalité des coûts et activités concernées
- Renforcer les moyens des ARS pour contractualiser les AC dans la pluri annualité

# Investissements

- Revoir les modalités de financement des investissements : véritable expertise des projets, prioriser, contractualiser, contrôler

DOCUMENT DE TRAVAIL PROVISoire

# Financement des parcours de santé

- Positionner les ARS, à partir d'un cahier des charges national, en qualité d'interlocuteur pivot des acteurs concernés pour le financement des expériences innovantes de tarification au parcours de santé.

DOCUMENT DE TRAVAIL PROVISOIRE

# Conclusion

- **Réintroduire le SPH**
  - Qui renvoie à la globalité des activités des EPS et ESPIC ; les privés lucratifs participent si besoin
- **Le rénover**
  - Redonner du sens à ses valeurs et ses obligations
  - Revisiter toutes ses missions
- **L'inscrire au sein d'une offre en santé sur un territoire**, dans le cadre de missions de service public territoriales, **en coopération avec tous les acteurs de la santé** (sanitaire, médicosocial, associations d'usagers, ... ), **du social et des élus**
- **Mettre au point un financement favorisant ce positionnement**

**MERCI !**

DOCUMENT DE TRAVAIL PROVISOIRE