

AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS : DÉMARCHE ET OUTILS

Hôpital de demain : quelles perspectives

Venise, 3 décembre 2010

www.anap.fr

Le système de santé français : un système (presque) parfait

2 900 établissements de santé publics et privés :

1 000 établissements publics de santé,

31 CHU (Centre Hospitalo – Universitaire)

860 CH (Centre Hospitalier)

91 CHS (Hôpitaux psychiatriques)

800 établissements privés à but non lucratif,

1 100 cliniques privées

1000 sites de chirurgie

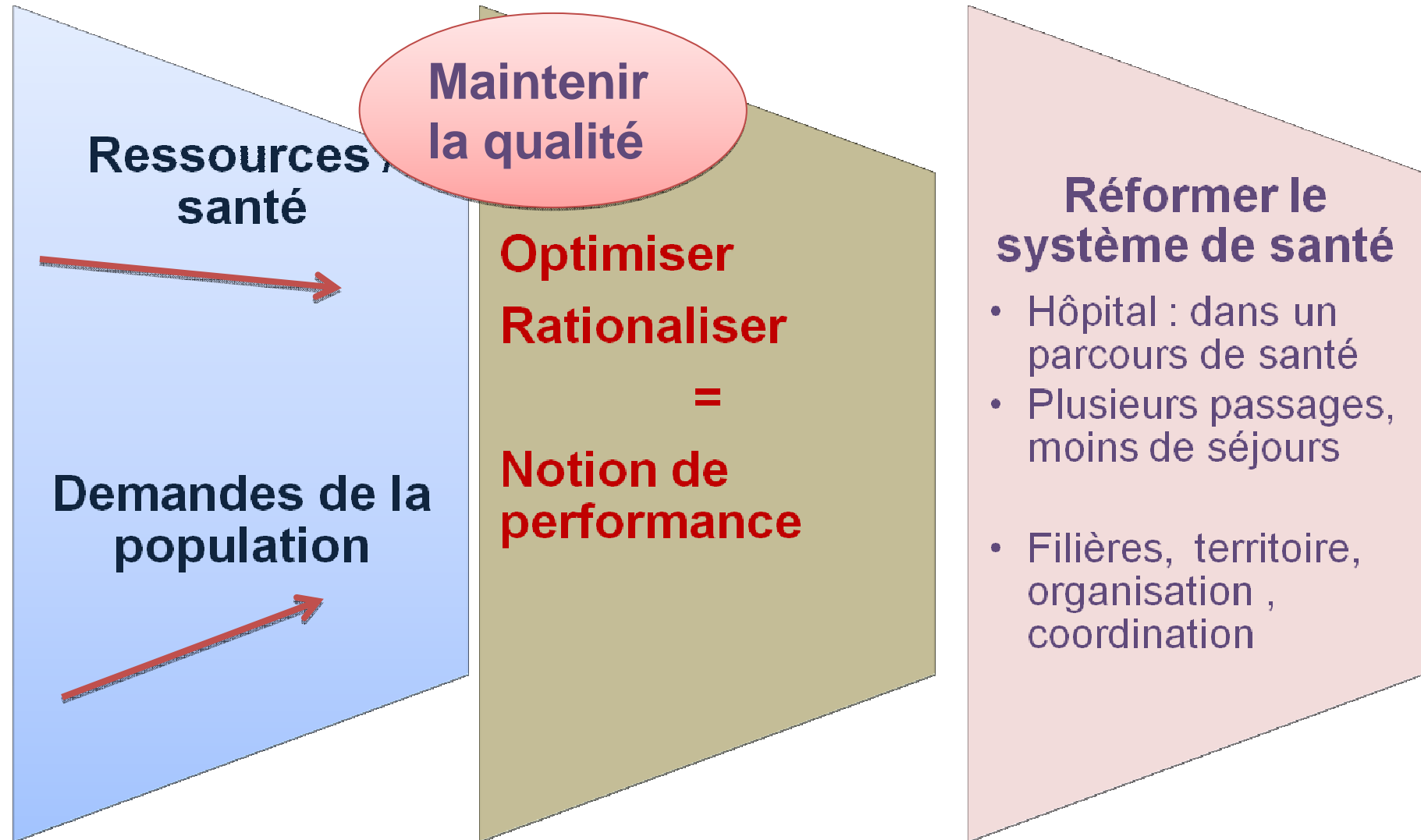
5,2 millions de séjours de chirurgie /an

Alors ... Pourquoi changer ?



pgi0079 www.fotosearch.fr

**Du labyrinthe ...
au parcours de
santé**



La performance selon l'ANAP



En référence à la
définition de
l'OMS

La loi du 21 juillet 2009 réforme l'ensemble du système de santé

Loi « **Hôpital, patients, santé et territoires** » :

- **Le patient au centre du système :**
 - Coordination entre médecine de ville, hôpital, maisons de retraite
 - Parcours de soins / parcours de santé

- **adapter le pilotage interne de l'hôpital : plus de souplesse**

- **Renforcement du niveau régional avec les Agences Régionales de Santé (ARS) et approche par territoire**

- **Création de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (hôpitaux, maisons de retraite, établissements pour personnes handicapées) : ANAP**

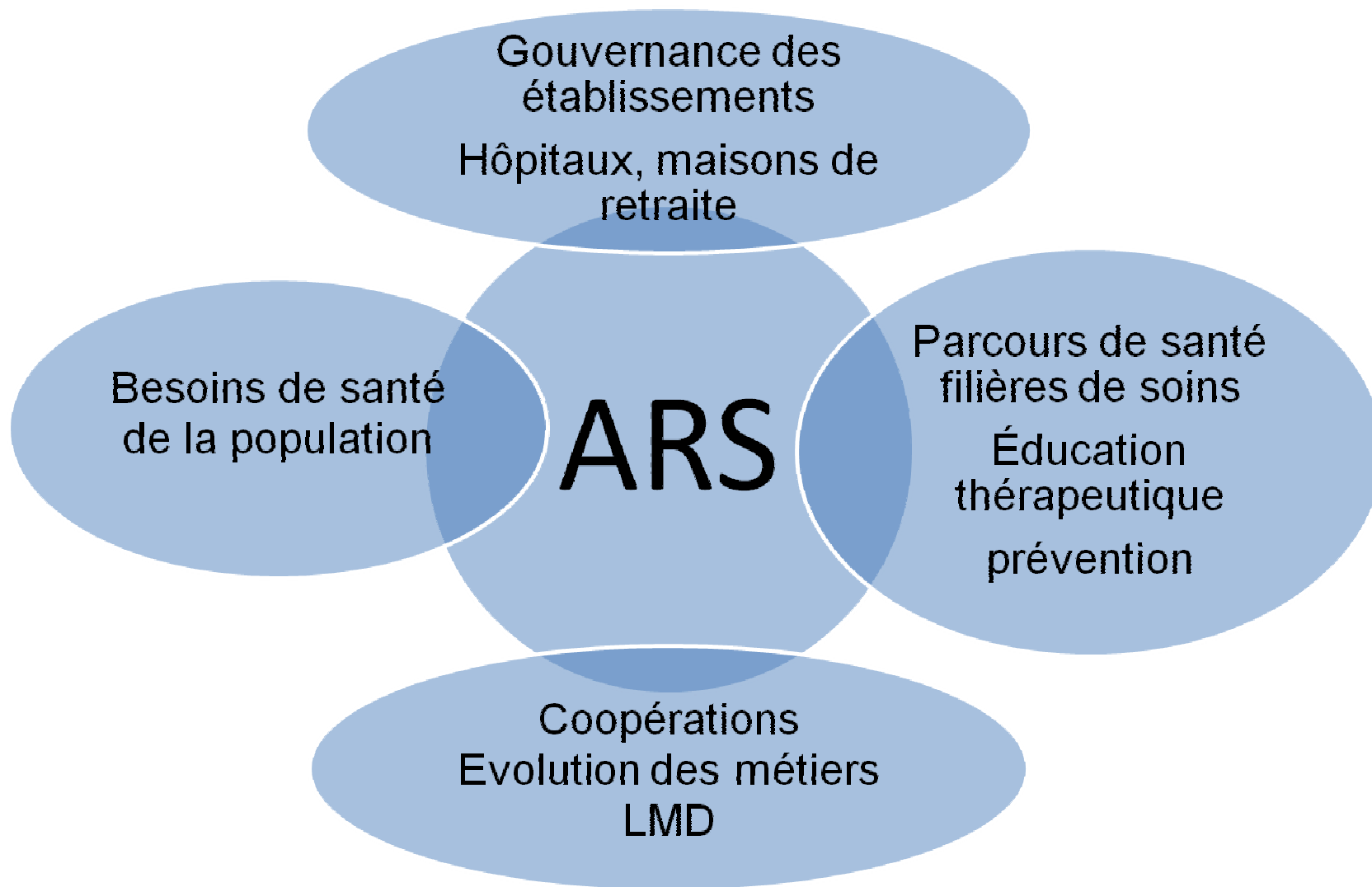
:

Une réforme globale

1. **Simplifier le pilotage, le fonctionnement et la gestion des hôpitaux**
 - clarifier les responsabilités
 - liberté d'organisation

2. **Penser « territoire »**
 - Le territoire de santé comme référence de prise en charge des besoins
 - Un nouvel acteur de régulation et d'organisation : l'agence régionale de santé (**ARS**)
 - De nouveaux outils de **coopération**

- **3. L'accès aux soins**
 - L'ARS veille à la bonne répartition des acteurs et des missions de service public
 - Des incitatifs pour la répartition des médecins sur le territoire
 - La coordination des soins et des prises en charge : parcours de



Comment faire évoluer le système ?



Sortie d'hôpital ...

Territorialisation et gradation des soins (1)

- **Objectif : « le bon soin, au bon moment, au bon endroit »**

- **Le territoire de santé = unité de base de l'organisation des soins**
 - Peut être découpé en territoires de proximité ou territoire de projets ...

- **En proximité (niveau 1)**
 - Les soins de premier recours :
 - ✓ Médecine ambulatoire
 - ✓ Centres de santé
 - ✓ Maisons de santé pluri disciplinaires
 - ✓ Soins infirmiers et de rééducation
 - Les activités d'urgence
 - Petit plateau technique (radiologie...)
 - Certaines spécialités médicales (psychiatrie, ophtalmologie, gynécologie, dermatologie, cardiologie ...)

Territorialisation et gradation des soins(2)

Les niveaux de plateaux techniques

(source : Pr Carli, président du Conseil national de l'urgence hospitalière)

▪ Niveau 2 :

- Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) : recours infra régional accès 24/24
- Permanence des soins hospitalière (PDSH) avec imagerie, biologie, psychiatrie

▪ Niveau 3 :

- Médecine chirurgie obstétrique (MCO) avec spécialités
- Recours régional , **plateau technique lourd** à l'exception de quelques spécialités
- PDSH en conséquence

▪ Niveau 4 :

- Inter régional, (grands brûlés, chirurgie cardiaque, greffes . . .)

Et la chirurgie ?

- Environ 1000 sites de chirurgie en France
= **5 millions de séjours par an**
- Un projet de décret avec un **seuil minimal d'activité à 1500 séjours de chirurgie** (moyenne sur les 3 dernières années), quel que soit le mode de prise en charge (**hospitalisation complète ou ambulatoire**)

Les centres de chirurgie ambulatoire

- **centre autonome / établissements de santé** : critères d'environnement médical (médecin anesthésiste sur place)
- **La qualité** : travaux de la Haute autorité de santé en cours

Retard français confirmé des pratiques ambulatoires

2009	Public + Privé non lucratif	Privé lucratif	Total
Taux d'ambulatoire	24 %	44 %	35 %

83 % USA
79 % GB
70% pays nord européens
45 % Portugal

Source France : PMSI 2009
Source USA : SMG Marketing Group, Chicago
Source Portugal : CNADCA 2009

80% de prise en charge en chirurgie ambulatoire ?

« La carotte et le bâton »

▪ Incitations tarifaires :

- tarif unique pondéré (moyenne des taux les plus élevés en chirurgie ambulatoire)
- Des tarifs au-dessus du coût réel

▪ Contraintes :

- procédure de mise sous accord préalable de l'Assurance maladie en cas de pratique insuffisante de l'ambulatoire
- un programme de gestion du risque financier : objectifs d'économie fixés à 50 M€ en 2011

Quel potentiel de développement ambulatoire en France ?

Le calcul du potentiel français est le résultat :

d'une approche en terme d'éligibilité des patients

Constaté français :

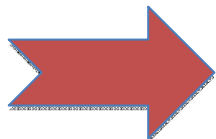
Enquête PNIR 2000-2004 (34 000 patients et à partir des recommandations SFAR 1990) :

➤ **90 % des patients éligibles**

d'une projection en terme d'actes

Constaté à l'étranger :

➤ **80 % des actes chirurgicaux**




Près de 2 millions d'actes pourraient être faits en ambulatoire

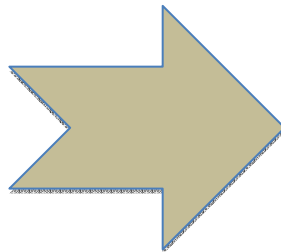
Perspectives

Constat : la transformation est en marche

**Le développement de la chirurgie ambulatoire
pose la question de la conception de
l'HÔPITAL de DEMAIN**



- **optimiser la gestion des flux autour de 3 pôles :**
 - un plateau technique interventionnel,
 - un plateau de consultations
 - un plateau d'urgences
- **définir un niveau d'environnement minimal : qualité – sécurité (rapport bénéfices / risques)**



**Quel dimensionnement hospitalier optimal ?
Quel impact financier ?
Quel plan d'accompagnement ?**

Préparer l'hôpital de demain : rôle de l'ARS

- **Une vision stratégique**

- ✓ Identification des étapes
- ✓ Objectifs pluri annuels

- **Des outils de coopération : pour recomposer l'offre**

- ✓ Une stratégie de groupe pour les hôpitaux publics : les communautés hospitalières de territoire (CHT)
- ✓ Des coopérations public – privé (ou public-public ou privé –privé) : les groupements de coopération sanitaire (GCS)

Des outils de contractualisation pour responsabiliser sur les objectifs :

- ✓ Etat – ARS : contrat pluri annuel d'objectif et de moyens
- ✓ ARS – établissement : CPOM établissement
- ✓ Intra hospitalier : contrat de pôle entre le directeur et le chef de pôle

Conclusion



ref:59010 www.fntneqarch.fr

Réorganiser les structures autour des besoins des patients ?

Quelles capacités de production de soins ?

- Évolution des techniques
- Évolutions de la démographie (vieillissement des professionnels et des patients, flux de population ...)
- Taille des structures ?
- Évolution des métiers (LMD)
- Parcours professionnels (formation, carrières, mobilité)
- Renforcement et organisation du premier recours
 - Télémédecine, télésanté
 - Éducation thérapeutique

Conduite du changement