

La situation des comptes sociaux en 2001

CHAPITRE VI

Le pilotage de la politique hospitalière présentation

Le pilotage de la politique hospitalière est assuré, au sein du ministère chargé de la santé, par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins dont les compétences ont été étendues en 2000 pour tenter d'en faire une véritable direction stratégique, et, au plan régional, par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) créées en 1996.

L'organisation de l'offre de soins consiste, en premier lieu, à planifier sa répartition sur le territoire, en fonction de l'appréciation des besoins sanitaires de la population. Tel est l'objet des cartes sanitaires, des schémas d'organisation sanitaire nationaux ou régionaux (SROS) et des procédures d'autorisation d'activités et d'équipements qui en découlent.

En second lieu, elle consiste à mettre en œuvre les orientations de la planification par l'intermédiaire des projets d'établissement et des contrats d'objectifs et de moyens. En adéquation avec les SROS, ces projets doivent définir les objectifs de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, de la formation, de la gestion et du système d'information. Les contrats d'objectifs et de moyens, subordonnés à l'approbation préalable du projet d'établissement, comportent des dispositions relatives à la mise en œuvre des priorités de santé publique, au respect de la procédure d'accréditation, à l'évolution que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et ses modes de coopération avec les autres établissements. Enfin, les données de la planification et de la contractualisation déterminent la campagne budgétaire annuelle, par laquelle l'ARH alloue aux établissements les ressources nécessaires à la réalisation de leurs objectifs.

Pour mener à bien cette mission de planification, les administrations doivent connaître les capacités hospitalières dans toute leur diversité, les moyens humains mis en œuvre, l'activité et le coût de l'hôpital. A cette fin, elles élaborent progressivement un système d'information sur l'hôpital, dont le PMSI constitue un élément majeur.

Enfin, depuis peu, elles commencent à disposer des résultats de la procédure d'accréditation des établissements hospitaliers.

I – Les administrations compétentes

La création des agences régionales de l'hospitalisation en 1997, puis la réorganisation de l'administration centrale par le décret du 21 juillet 2000, traduisent le souci d'introduire plus de cohérence et d'efficacité dans la conduite de la politique hospitalière et d'appréhender l'organisation des soins dans sa globalité et non plus par secteur : hôpital public, clinique privée, soins de ville.

A – La réorganisation du ministère : la création de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

La transformation de la direction des hôpitaux, créée en 1970, en une direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), a eu pour ambition de confier à une seule structure la responsabilité d'exercer une mission générale d'organisation de l'offre de soins à la fois en ville et en établissement. A cette fin, des moyens supplémentaires importants lui ont été accordés. Cependant, l'exercice de ses nouvelles responsabilités est entravé par le découpage imparfait des attributions entre les directions, par la permanence de lourdes tâches de gestion de dossiers individuels et par le déficit en cadres spécialisés.

1 – Une mission de pilotage stratégique de l'organisation des soins

L'enjeu de la réforme était double pour la DHOS : elle devait poursuivre son évolution vers une direction moins gestionnaire et plus stratégique et

sortir d'une culture exclusivement centrée sur l'hôpital public. Sa nouvelle architecture et le renforcement de ses effectifs devaient y contribuer.

a) Une augmentation importante des attributions

L'objectif d'une meilleure articulation des soins de ville et des soins hospitaliers et d'une plus grande prise en compte des préoccupations relatives à la qualité et la sécurité des soins a conduit à transférer à la DHOS des activités en provenance d'autres directions du ministère. Elles portent notamment sur les réseaux de soins, les officines pharmaceutiques, les laboratoires d'analyses biologiques, les dotations budgétaires et les personnels de direction des établissements sociaux et médico-sociaux, enfin les professions médicales et paramédicales non hospitalières.

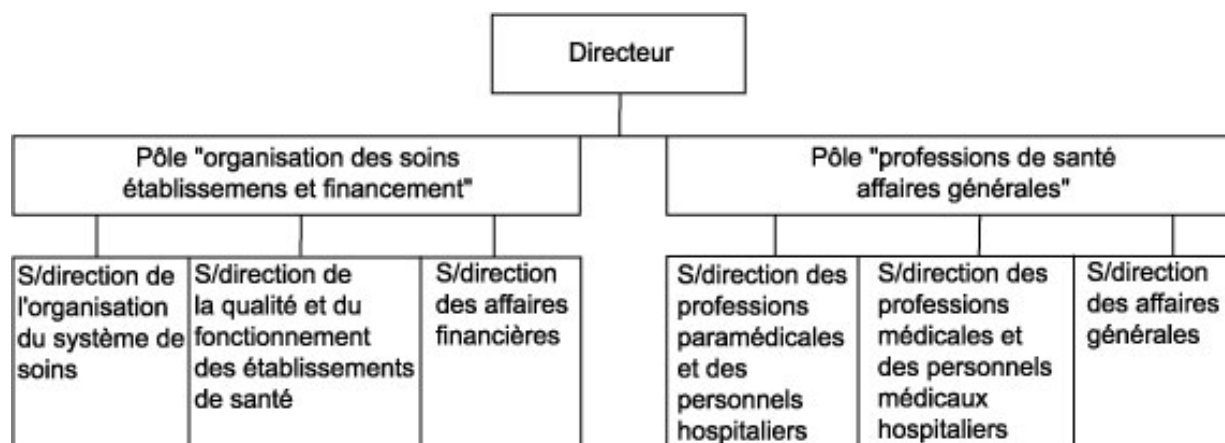
b) Une forte croissance des effectifs

Entre 1998 et 2001, les effectifs budgétaires sont passés de 285 à 339 ^[1], soit une augmentation de l'ordre de 19 %, l'effectif cible étant fixé, pour 2002, à 365. Pour la seule catégorie A, la progression a été très forte (+ 25 %). Les effectifs se répartissaient ainsi à la fin de 2001: niveau A : 58,7 %, niveau B : 16,3 % et niveau C : 25 %.

La répartition par métiers des effectifs traduit la difficulté de diversifier les compétences. Si la DHOS dispose de 27 médecins et pharmaciens et de 35 directeurs d'hôpital, les métiers techniques - informaticiens, économistes, ingénieurs - sont peu représentés, ce qui peut se révéler pénalisant dans l'exercice des compétences nouvelles. Par ailleurs, la situation administrative des personnels montre une structure atypique pour une direction d'administration centrale. Elle ne compte que 50,5 % d'agents titulaires de l'Etat, les autres étant des contractuels (16 %) ou des agents mis à disposition (33,5 %) qui sont, pour l'essentiel, des fonctionnaires et contractuels hospitaliers. La recherche d'une certaine diversité des profils est souhaitable, mais ne saurait se traduire par des recrutements irréguliers ^[2].

c) La mise en place d'un nouvel organigramme

La structure générale de la DHOS et la répartition des missions entre les sous-directions répondent aux objectifs nouveaux qui lui sont assignés. Regroupées en deux pôles, le pôle « organisation des soins, établissements et financement » et le pôle « professions de santé et affaires générales », les six sous-directions se sont réparties les nombreuses missions dévolues par les textes de manière équilibrée et cohérente.



2 – Une réforme inachevée

La nouvelle organisation renforce les missions et les capacités de conception et de pilotage de la DHOS mais certains découpages d'attributions entre les directions n'apparaissent pas totalement cohérents avec la ligne directrice de la réforme. Elle accroît, par ailleurs, certaines tâches techniques et de gestion.

a) Des problèmes de frontières non résolus avec d'autres directions

Les transferts de compétences en provenance de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) et de la Direction générale de la santé (DGS) étaient destinés à permettre à la DHOS d'organiser les soins autour du patient en décloisonnant les différents segments de l'offre. Ils ont porté sur la prise en charge médico-sociale des personnes âgées et sur les soins de ville.

Les soins aux personnes âgées

Le transfert à la DHOS de la gestion nationale de la sous-enveloppe médico-sociale de l'ONDAM ^[3] a été limité aux crédits d'assurance maladie alloués aux établissements médico-sociaux pour personnes âgées et aux services de soins infirmiers à domicile, la DGAS conservant le pilotage de la politique d'hébergement des personnes âgées. En outre, la DHOS n'a pas reçu compétence sur la deuxième fraction de l'enveloppe médico-sociale, consacrée aux établissements pour handicapés.

Par ailleurs, le préfet conserve la compétence sur ces deux secteurs, aux termes de la loi du 2 janvier 2002 qui lui confie l'élaboration de schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et la fixation de dotations départementales au sein de l'enveloppe régionale des dépenses médico-sociales de l'ONDAM. Bien que la liaison avec le directeur de l'ARH soit expressément prévue, la cohérence recherchée au niveau national entre les enveloppes de l'hospitalisation et l'enveloppe destinée aux structures pour personnes âgées ne se retrouve pas au niveau local.

Les soins de ville

L'extension de la compétence de la DHOS aux soins de ville et à l'ensemble des professions de santé n'est pas dépourvue d'ambiguïté.

Désormais, la DHOS est compétente pour l'ensemble de l'offre de soins en ville. Elle est notamment en charge du développement des réseaux de soins ^[4] et, de façon générale, de la prise en compte de la médecine de ville dans l'offre de soins de proximité et dans les dispositifs de coopération avec les établissements de santé. Pourtant, c'est encore la DGS qui assure seule la tutelle technique du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Plus problématique est le maintien à la DGS des questions de démographie médicale et d'effectifs des professions de santé, alors que l'organisation des soins, pilotée par la DHOS, dépend fortement des effectifs de professionnels de santé et de leur répartition entre les différents secteurs de soins.

b) La mission de pilotage de la DHOS est entravée par le poids des décisions individuelles et des tâches de gestion

La DHOS reste encombrée de tâches de gestion

La DHOS a transféré très peu d'attributions dans le cadre de la réorganisation. Il faut cependant mentionner la création de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) par le décret du 26 décembre 2000. Cet établissement public administratif a pour objet, conformément au souci que la Cour avait exprimé ^[5], de regrouper et d'optimiser les moyens à la disposition du ministère pour élaborer le système d'information nécessaire à la conduite de la politique hospitalière. Il est principalement chargé de l'élaboration et de la maintenance du PMSI, compétence qui relevait jusque-là d'une cellule rattachée à la DHOS : désormais, celle-ci aura pour mission de définir les orientations stratégiques du dispositif PMSI, dont le maître d'œuvre sera l'agence. Celle-ci pourra aussi, pour le compte de la DHOS et en partenariat avec l'assurance maladie, assurer la mise en œuvre d'autres systèmes d'information sur l'hospitalisation.

La réforme n'a pas été l'occasion de réexaminer le contenu des tâches, les procédures de travail et l'utilité même de certains travaux, alors que le poids de la gestion des dossiers individuels a été accru par les transferts de compétences en provenance d'autres directions. Ce type de tâches recouvre divers aspects : secrétariat de nombreuses commissions chargées de donner un avis préalable à la décision ; décisions portant sur des équipements lourds ou des activités de soins ^[6] ; recrutement, gestion et suivi des carrières des personnels de direction des établissements sanitaires, auxquels la réorganisation a ajouté ceux des établissements médico-sociaux et sociaux publics ; recrutement, gestion et suivi des carrières de 20 000 praticiens hospitaliers et, en liaison avec le ministère chargé des universités, des professeurs d'université praticiens hospitaliers. La seule gestion des personnels hospitaliers génère plus de 8 000 décisions individuelles par an.

Un effort accru de déconcentration est nécessaire

Une réflexion sur l'échelon le plus approprié d'exercice des missions s'impose, en raison de la situation des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales qui éprouvent déjà des difficultés à assumer toutes leurs tâches. Si des progrès ont été récemment accomplis en matière de décisions sur les équipements lourds, la déconcentration d'autres décisions apparaît nécessaire à une meilleure cohérence de l'action des ARH et au recentrage de l'action de la DHOS sur ses activités de pilotage. C'est le cas, notamment, de la gestion des praticiens hospitaliers et de l'exercice de la tutelle sur certains établissements, tels que l'hôpital pénitentiaire de Fresnes et surtout l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Le statut dérogeant de ces établissements constitue un handicap pour l'action de l'ARH d'Ile-de-France.

SYNTHESE

En dépit d'un net renforcement de ses moyens et de ses missions, la DHOS n'est pas encore devenue une direction stratégique. Une plus large déconcentration des procédures devrait y contribuer, tout en renforçant la cohérence des missions des ARH. Le bilan à venir de la réorganisation du ministère devra permettre les rectifications nécessaires de compétences entre directions.

Le pilotage des hôpitaux à l'étranger

A l'exception des Pays-Bas qui ont gardé un pilotage centralisé des soins hospitaliers, les pays étudiés présentent des formes diverses de partage des responsabilités politiques entre différents niveaux de décision.

Aux *Pays-Bas*, l'Etat planifie les équipements et agréé les établissements de soins qui passent ensuite avec les assureurs publics ou privés des contrats définissant les volumes prévisionnels d'activité et une partie des prix. Mais les catégories de soins couverts par les différents types d'assureurs sont définies par la loi et les prix de la plupart des services médicaux sont fixés au niveau central.

En *Allemagne*, les Länder jouent un rôle important dans la planification des équipements de santé. Ils élaborent les plans hospitaliers, décident et financent les investissements à effectuer, indépendamment du statut de l'hôpital. Il en résulte une grande diversité d'équipements selon les Länder qui n'assument pas, à l'exception de la Bavière, l'entretien et la réparation des installations. Les hôpitaux passent des contrats avec les caisses d'assurance maladie qui participent également aux négociations sur leur budget. Mais les conditions faites aux patients (services offerts, tarifs) sont les mêmes quelle que soit leur caisse de rattachement. Le principe de financement dual s'est ainsi traduit par un système de planification duale : le nombre d'hôpitaux et de lits est planifié par les Länder, les effectifs de personnel et l'activité sont négociés entre les hôpitaux et les caisses. L'Etat fédéral n'intervient que pour définir les règles relatives au panier de soins couverts, aux conditions de fourniture des soins et au mode de financement.

Au *Canada*, le niveau fédéral définit un cadre minimal d'accès aux prestations garanti à tous les Canadiens dans le cadre de l'assurance santé. Il comporte l'accès à des soins hospitaliers gratuits. Les provinces décident du financement global accordé à la santé et des prestations offertes. Les ressources proviennent de transferts fédéraux et de diverses contributions prélevées par les provinces. Au *Québec*, 18 régies régionales de la santé et des services sociaux sont chargées depuis 1991 d'organiser et de restructurer les services sanitaires et sociaux. Elles sont dirigées par un conseil d'administration de 24 personnes élues par différents collèges électoraux. Ne peuvent en être membres des personnes dépendant du ministère ou d'un établissement de santé, à l'exception du directeur général et du président de la Commission médicale régionale. Les régies doivent rendre des comptes sur leur action au cours de réunions publiques dans les régions ainsi qu'à la commission parlementaire compétente.

En *Suède*, les responsabilités se sont déplacées de l'Etat vers les comtés, puis, plus récemment, vers les municipalités. Les comtés, déjà responsables de la fourniture des soins hospitaliers à leurs résidents, se sont vu confier en 1970 les soins ambulatoires. Pendant la décennie 90, les services sociaux et médicaux aux personnes âgées, handicapées et malades mentales, ont été transférés aux municipalités, ce qui a conduit à la transformation de 30 à 40 % des lits d'hôpital en lits de moyen et de long séjours. Le conseil des comtés élit les conseils des hôpitaux. Outre ces niveaux de décision politique, il existe six régions sanitaires regroupant les comtés et ayant chacune un ou deux hôpitaux régionaux.

L'*Espagne* a mis en place en 1986 un système national de santé (INSALUD), en même temps qu'elle instituait 17 communautés autonomes qui ont progressivement reçu des compétences de gestion du système de santé. Depuis le 1er janvier 2002, cette gestion est totalement décentralisée et la collecte des ressources (impôts sur le revenu, TVA, etc) est progressivement confiée aux communautés autonomes. L'Etat garde la coordination générale du système de santé, la politique du médicament et la législation sanitaire. Mais la coopération entre l'Etat et les communautés autonomes qui se déroule au sein d'un conseil interterritorial n'est pas encore bien définie.

Au *Royaume-Uni*, la gestion du National Health Service est déconcentrée au profit des autorités locales de santé, soit 100 *Health Authorities (Has)*, environ une par district, et demain 30 *Strategic Health Authorities (StHAs)*.