

Mission de préfiguration de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

**Rapport de mission
par Philippe RITTER**



Paris, le 13 octobre 2008

Sommaire

- Introduction** pp. 1-12
- 1. Positionnement stratégique et objectifs prioritaires** pp. 13-20
- 2. Statut et positionnement opérationnel** pp. 21-31
- 3. Mise en œuvre** pp. 32-34
- 4. Annexes** pp. 35-46

Introduction

- La ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a décidé de mettre en place d'une agence chargée de l'appui à l'efficience hospitalière.
- Par lettre du 30 juillet 2008, elle a confié une mission de préfiguration de cette agence à Philippe RITTER, préfet honoraire, assisté par Michel-Henri MATTERA, membre de l'IGAS, et une équipe de Capgemini consulting.
- Le présent rapport est issu de la consultation des différents acteurs concernés :
 - plus de 50 entretiens menés
 - discussion du projet au sein du comité de pilotage de la mission
- Le rapport présente :
 - un projet stratégique pour l'agence
 - une proposition d'organisation
 - des recommandations pour sa mise en place.

Améliorer la performance des établissements : un enjeu considérable

■ Nous avons tout à gagner à améliorer la performance des établissements

- **Les marges de progrès sont très importantes**
 - En témoignent les écarts entre établissements comparables en matière de coûts et de qualité de service
 - Pour mémoire, chaque point de dépense hospitalière représente 650 M€
- **Une démarche gagnant-gagnant**
 - **Pour les patients** : améliorer la performance, c'est d'abord améliorer la qualité de service
 - **Pour les personnels** : il ne s'agit pas de réduire les moyens, mais au contraire de travailler mieux
 - **Pour les assurés** : il s'agit du plus important levier de maîtrise des dépenses qui ne conduit ni à augmenter les charges, ni à réduire les prestations

■ Or il y a aujourd'hui un « chaînon manquant » dans les mesures prises pour y parvenir

- **Renforcer le « devoir faire », c'est-à-dire l'incitation des établissements à la performance**
 - c'est l'enjeu de la réforme du financement des établissements et de la mise en place des ARS
- **Renforcer leur « pouvoir faire », c'est-à-dire leur capacité à agir**
 - c'est l'enjeu de la réforme hospitalière

➡ Répondre au « comment faire » : apporter des solutions concrètes aux établissements

- malgré l'apport de la MAINH, de la MEAH et du GMSIH, ils manquent encore de compétences et d'outils pour améliorer leur performance

Une agence d'appui est nécessaire pour aider les établissements à améliorer leur performance

Un faisceau de contraintes impose de meilleures performances

- des exigences croissantes de la part des patients
- un renforcement de la pression concurrentielle (en chirurgie par exemple)
- le déficit de l'assurance maladie et la mise en place de la T2A, qui « révèle » le déficit des établissements les moins performants
- un suivi plus rigoureux de la performance attendu de la mise en place des ARS

De fait, les marges de progrès existent

- en matière de dimensionnement (cf. investissements de capacité surdimensionnés)
- en matière de positionnement concurrentiel des établissements, parfois peu pertinent
- en matière de mutualisation des moyens (cf. cloisonnement des structures)
- en matière de modes de gestion et de management, parfois dépassés

Mais les établissements ne sont pas toujours en mesure de les exploiter

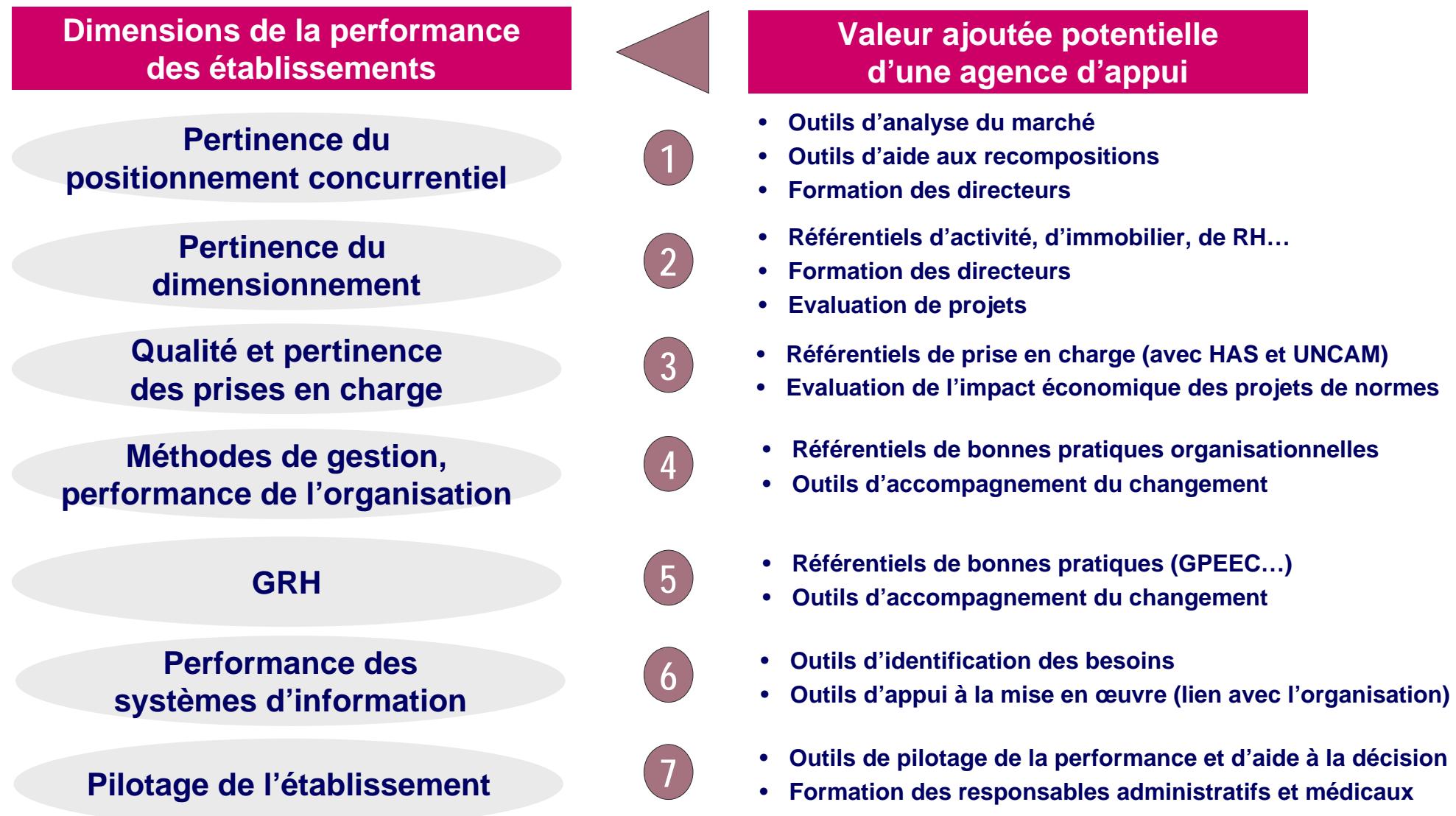
- par insuffisante diffusion d'une culture de performance parmi les responsables hospitaliers et médico-sociaux
- par manque de ressources internes et d'outils adéquats
- l'appui des 3 structures existantes (MEAH, MAINH, GMSIH) ne suffit pas à répondre aux besoins

Les expériences étrangères prouvent l'efficacité d'une agence d'appui

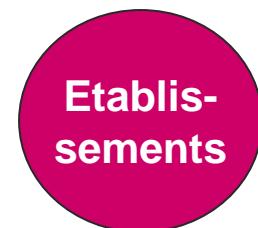
- mise en œuvre d'une stratégie nationale de performance, liant efficience et qualité autour d'objectifs quantifiés et suivis de manière transparente (Grande-Bretagne, Pays-Bas) ;
- recours à des méthodes issues du monde de l'industrie (ex : planification des flux)
- collaboration avec les financeurs (assurances publiques ou privées), les universités et les sociétés savantes
- des moyens d'appui à l'efficience jusqu'à 5 fois supérieurs à ceux consacrés en France

- 320 M\$ pour la AHCRA américaine, 120 M€ (220 ETP) pour la NHSIII en Angleterre, même ratio aux 4

L'agence aidera les établissements à agir sur tous les déterminants de leur performance



L'agence est indispensable pour assurer le succès de la réforme portée par la loi « hôpital, patients, santé et territoire »



Etablissements



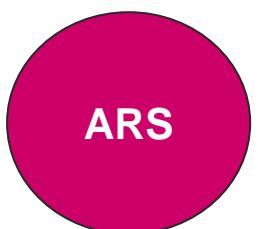
Enjeux de la réforme

Le « pouvoir faire » des établissements sera renforcé par la réforme

- pouvoirs élargis du directeur
- possibilités nouvelles en matière de regroupements et de mutualisations

Mais le « comment faire » reste en suspens

- Quels outils pour être plus performant ?
- Comment procéder aux mutualisations ?



ARS

Les ARS devront être en mesure de :

- évaluer et suivre la performance des établissements
- impulser des politiques de performance
- apporter des solutions aux établissements
- évaluer les projets des établissements



Apport de l'agence

- Fournir des outils de suivi et de pilotage pour les directeurs (tableaux de bord...)
 - Produire des outils d'amélioration de la performance (stratégie, RH, SI, organisation...)
 - Fournir un appui méthodologique pour les rapprochements d'établissements
 - Diffuser une culture de la performance
-
- Aider à la professionnalisation des équipes des ARS (mise en place de « cellules de performance »)
 - Fournir des outils de suivi et de pilotage de la performance (tableaux de bord...)
 - Aider à définir des politiques de performance
 - Diffuser des outils aux établissements
 - Fournir des outils d'évaluation des projets des établissements

L'agence doit capitaliser sur les compétences et les acquis des 3 opérateurs actuels pour apporter « plus et mieux » aux établissements

	Compétences	Principaux acquis	Axes d'amélioration
MEAH	<ul style="list-style-type: none"> ■ Expertise reconnue ■ Capacité à identifier les bonnes pratiques et à produire des référentiels ■ Gestion de grands projets et de programmes ■ Ingénierie de formation ■ Achat et pilotage de prestations de conseil 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Production de référentiels de bonnes pratiques dans de nombreux domaines (24) : urgences, organisation des blocs, imagerie médicale, restauration,... ■ Accompagnement de plus de 450 opérations de réorganisation dans 270 hôpitaux et cliniques ■ Excellente image de marque et demandes d'intervention MEAH de la part des ES 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mieux centrer l'action sur l'efficience <ul style="list-style-type: none"> — MEAH : <ul style="list-style-type: none"> — une approche « monographique » insuffisamment ciblée sur les thèmes majeurs — une approche « participative » avec les établissements volontaires, trop peu ciblée sur les structures prioritaires, et sans suivi de l'impact des recommandations — MAINH : une structure trop positionnée en support de l'administration centrale — GMSIH <ul style="list-style-type: none"> — structure positionnée sur des enjeux très techniques, sans forte visibilité auprès des décideurs — une approche de type « R&D » insuffisamment tournée vers la mise en œuvre ■ Homogénéiser le positionnement et les modes de travail <ul style="list-style-type: none"> — MEAH : forte visibilité auprès des établissements volontaires au détriment des ARH — MAINH : appui centré sur les ARH avec une visibilité insuffisante auprès des établissements ■ Renforcer la transversalité des approches <ul style="list-style-type: none"> — Des approches séparées entre organisation / processus et SI — Une absence de coordination entre les deux structures chargées des SI — Des « angles morts » dans l'approche d'amélioration de l'efficience (ex : dynamisation de la GRH, levier de l'amélioration des modes de management,...)
MAINH		<ul style="list-style-type: none"> ■ Accompagnement d'opérations d'investissement du plan Hôpital 2007 – lancement démarche Hôpital 2012 ■ Suivi des opérations immobilières du plan Hôpital 2007 et de plans nationaux d'investissement (ex : santé mentale) ■ Acteur de référence dans le domaine des PPP ■ Constitution d'un premier référentiel technique des projets et des coûts immobiliers ■ Appui au déploiement de projets SIH 	
GMSIH		<ul style="list-style-type: none"> ■ Production de référentiels d'interopérabilité ■ Travaux visant l'ouverture des SI et l'amélioration de la sécurité, la confidentialité et l'intégrité des données ■ Réflexion sur les tableaux de bord et le pilotage des SIH ■ Intervention auprès des établissements dans le cadrage des projets SI 	

Principes directeurs pour le positionnement de l'ANAP

■ **Une agence d'expertise, prestataire de services**

- Pôle de référence et « boîte à outils » en matière de gestion hospitalière et médico-sociale
- Vecteur de diffusion de ces bonnes pratiques et d'une culture de l'efficience, via les ARS
- Centre d'expertise pour l'évaluation de projets des établissements (sans rôle décisionnel)
- Service d'appui aux acteurs nationaux pour le pilotage de la performance

■ **Un champ d'action couvrant les différents déterminants de la performance**

- Nécessité d'avoir une *vue d'ensemble* de l'hôpital, de pouvoir agir sur des sujets interdépendants (ex: SI et organisation) et de couvrir les « angles morts » (organisation médicale, gestion immobilière, GRH..)
- Couverture des établissements publics comme des établissements privés
- Forte valeur de l'extension de cette démarche au secteur médico-social

■ **Une agence orientée vers l'impact opérationnel**

- Une administration de mission, organisée en mode projet, avec un management par objectifs
- Une agence d'appui, privilégiant le « faire faire », sans rôle d'allocation de ressources
- Tête de réseau des « cellules de performance » des ARS, dont elle assure la professionnalisation et qui opèrent la diffusion, la mise en œuvre et le suivi de ses prestations
- Responsabilisation des établissements par la possibilité de cofinancement⁽¹⁾ et l'évaluation des résultats
- Une gouvernance « partenariale » pour faciliter l'appropriation par les acteurs concernés

(1) Sous réserve d'une analyse juridique sur les possibilités en la matière

Plusieurs dispositions garantiront l'efficacité opérationnelle de l'agence

- **Un plan d'actions priorisé en fonction des enjeux et de l'impact potentiel des actions à mener**
 - Pour responsabiliser les acteurs, donner une forte visibilité aux objectifs et aux résultats de l'ANAP
- **Une approche coordonnée de l'ensemble des leviers d'amélioration de la performance**
 - Une approche d'ensemble apportant des solutions aux problèmes que les responsables ont à résoudre
 - Une approche transverse qui ne laisse pas d'angle mort (GRH, organisation médicale) et qui prend en compte les interdépendances entre les problématiques (exemple : organisation et SI)
- **Une étroite association des acteurs de terrain, pour garantir des services « opérationnels »**
 - Pertinence des outils garantie par une démarche participative avec les établissements (aux niveaux administratif et médical) pour identifier les besoins, et les meilleures pratiques
 - Evaluation systématique de l'offre de services de l'agence : son caractère opérationnel, la « satisfaction client » et les résultats concrets de sa mise en œuvre
- **Le renforcement de l'intérêt à agir des établissements**
 - Les interlocuteurs de l'agence doivent être les vrais décideurs : les ARS, les directeurs d'établissements
 - Un principe de transparence sur la performance des établissements afin de stimuler la « pression par les pairs » et de diffuser une culture de la performance parmi les décideurs
 - Un principe de suivi systématique des recommandations sera mis en œuvre (par l'ARS en particulier).
- **Un principe d'action et d'évaluation fondé sur l'atteinte de résultats sur le terrain**
 - Une agence principalement orientée sur l'appui et l'intervention, et délestée de toute tâche de gestion
 - Une agence orientée sur la mise en œuvre : stratégies de déploiement, appui à la contractualisation sur le fondement d'objectifs quantifiés et de responsabilités établies,...
 - Une agence elle-même évaluée selon sa contribution à l'atteinte de résultats.

Le renforcement de la capacité à agir et de l'intérêt à agir des responsables est un complément indispensable à la mise en place de l'agence

En quoi consiste la performance ?

Pertinence du positionnement concurrentiel

Pertinence du dimensionnement

Qualité et pertinence des prises en charge

Méthodes de gestion, performance de l'organisation

GRH

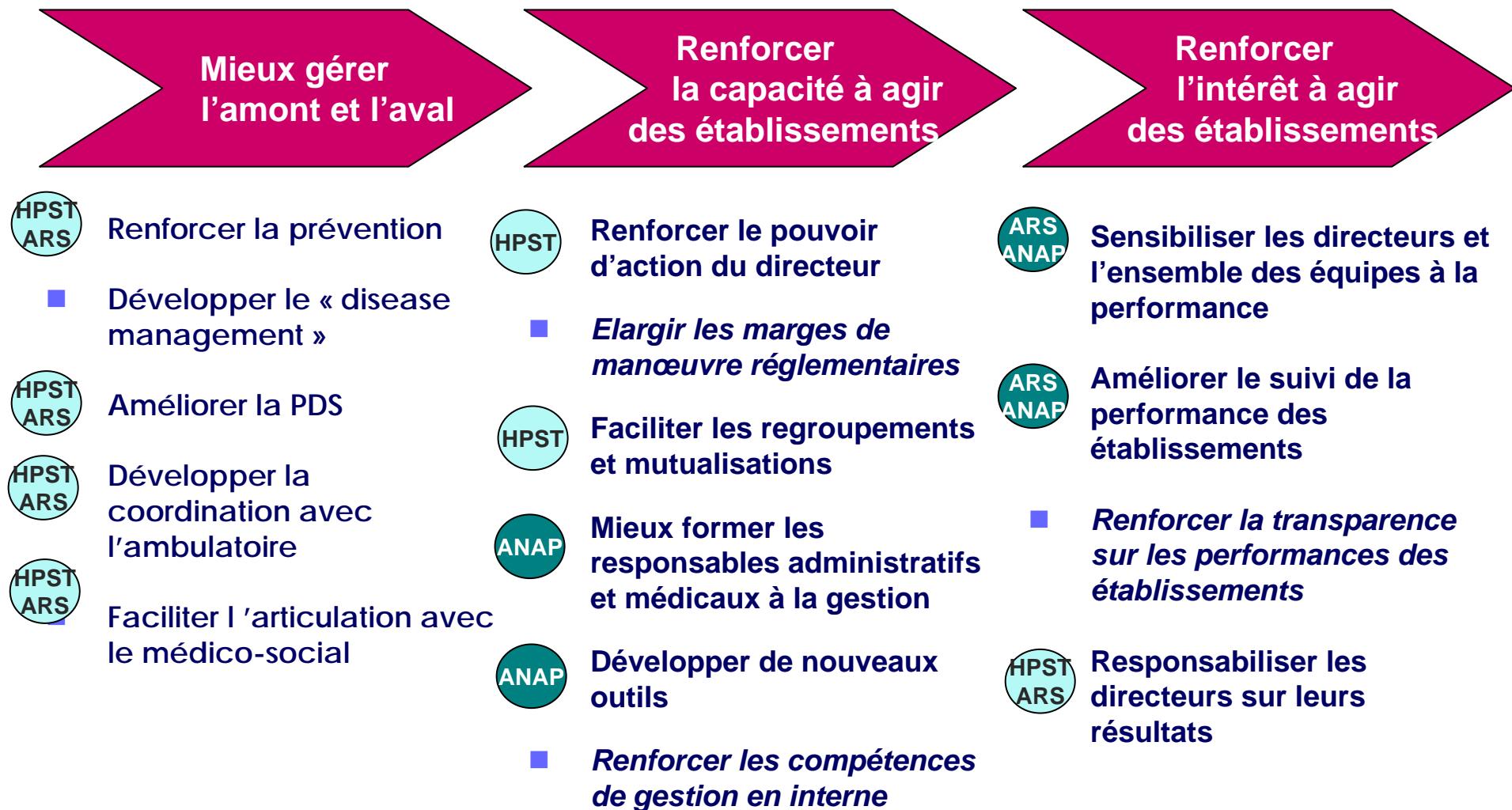
Performance des systèmes d'information

Pilotage de l'établissement

De quoi dépend-elle ?

- Existence d'outils d'analyse du marché et d'aide à la décision
 - ➡ *Prise en compte dans les choix stratégiques, de l'établissement et des tutelles*
- Outils d'analyse du marché et d'aide à la décision
 - ➡ *Prise en compte dans les choix stratégiques, de l'établissement, et des tutelles*
- Référentiels et protocoles de prise en charge, bonnes pratiques de « qualité de service »
 - ➡ *Organisation pertinente de « l'amont » et de « l'aval »*
 - ➡ *Respect des référentiels et des protocoles*
 - ➡ *Démarche volontariste de « qualité de service » vis-à-vis des patients*
- Référentiels de bonnes pratiques
 - ➡ *Existence de compétences internes, capacité à conduire le changement*
- Référentiels de bonnes pratiques (GPEEC...), outils d'accompagnement du changement
 - ➡ *Marges de manœuvre réglementaires et financières, et soutien des équipes de direction*
- Outils d'identification des besoins, d'appui à la mise en œuvre
 - ➡ *Existence d'une offre industrielle adaptée*
 - ➡ *Existence de compétences internes en SI et en adaptation de l'organisation*
- Outils de pilotage de la performance et d'aide à la décision
 - ➡ *Utilisation par les équipes de direction*

La création de l'ANAP doit donc s'inscrire dans une stratégie plus large d'amélioration de la performance des établissements



Facteurs clés de succès

- **Afficher un soutien politique fort à l'ANAP**
 - pour affirmer son positionnement et son importance stratégique
 - donner une forte visibilité à ses orientations stratégiques et à ses objectifs
- **Mettre en place les conditions d'efficacité de l'ANAP**
 - augmenter la « transparence » des performances des établissements afin d'accroître l'intérêt à agir des directeurs et de leurs équipes
 - responsabiliser les directeurs, via les ARS, également pour accroître leur intérêt à agir
 - mettre en place un lien fonctionnel fort entre l'agence et les ARS (les DGARS doivent être des interlocuteurs fréquents de l'agence, et les ARS doivent disposer d'une « cellule de performance », relais de l'agence)
- **Recruter un profil de très haut niveau pour la direction de l'ANAP**
 - profil type : « un patron », connaisseur du milieu hospitalier, manager, excellent relationnel
- **Fixer des objectifs clairs et concrets pour l'ANAP dès 2009**
 - privilégier l'atteinte rapide de résultats concrets et mesurables
 - veiller à évaluer les résultats de l'agence
- **Opérer un « changement de braquet » en renforçant ses moyens dès que l'ANAP aura montré son caractère opérationnel**

Sommaire

- **Introduction** pp. 1-12

Positionnement stratégique et objectifs prioritaires pp. 13-20

- **Statut et positionnement opérationnel pp. 21-31**
- **Mise en œuvre pp. 32-34**
- **Annexes pp. 35-46**

L'agence doit servir l'ensemble des établissements, en intervenant sur tous les déterminants de leur performance

Agir sur l'ensemble des dimensions de la performance

- Agir sur l'ensemble des déterminants de la performance : ce n'est pas le cas des opérateurs actuels, ce qui a limité la portée et l'impact de leur action
- Tirer parti de l'interdépendance entre les différentes dimensions de la performance
 - ex : entre la qualité de service et la qualité de l'organisation, ou entre les SI et l'organisation
- Offrir aux directeurs des outils et des solutions qui répondent à leurs problèmes, c'est-à-dire qui portent sur l'ensemble des activités des établissements
 - ➡ Une nécessaire articulation avec la Haute Autorité de Santé (voir infra.)

Agir au service de toutes les catégories d'établissements

- Dans le domaine hospitalier, couverture à la fois des établissements publics et privés
 - Nécessité d'un vivier large d'établissements pour identifier les meilleures pratiques
 - Un intérêt collectif à assurer une diffusion la plus large possible des prestations de l'agence
- Les prestations de l'agence doivent aussi bénéficier aux établissements et services médico-sociaux
 - de très nombreux lits et places médico-sociaux sont gérés par des établissements de santé
 - l'articulation entre les secteurs hospitalier et médico-social est de plus en plus forte
 - les enjeux d'efficience sont importants dans le secteur médico-social

Le nom de l'agence doit afficher clairement son positionnement :

« Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux » (ANAP)

Structure d'appui et d'expertise, l'ANAP assurera 4 missions principales

Pôle de référence en matière de gestion des établissements

- Identifier les **bonnes pratiques**, en capitalisant sur les expériences des établissements, des fédérations, et des ARS

- Produire des prestations et **servir de « boîte à outils » pour les décideurs hospitaliers et du secteur médico-social** aux différents échelons (national, ARS, établissements,...) ;

- Evaluer et mettre à jour ces prestations suite aux retours de terrain

- **Tête de réseau** et professionnalisation **des « cellules de performance » des ARS**

- Développer une **culture de la performance** auprès des décideurs

- Diffuser les **bonnes pratiques** et les outils de l'ANAP auprès des ARS et des établissements

- Intervenir en appui au **déploiement de projets** auprès d'établissements, à leur demande ou à celle d'ARS, principalement par le biais de consultants

Vecteur de diffusion et de mise en œuvre de ces bonnes pratiques

- Evaluer, à la demande des ARS ou des directions de l'administration centrale, les **projets d'investissements** d'établissements : immobilier, systèmes d'information, montages juridico-financiers de type « PPP »,...

- Evaluer l'impact économique et organisationnel des **projets de normes techniques**

Centre d'expertise pour l'évaluation de projets

- Contribuer par son apport d'expertise et d'outils à la **définition d'une stratégie et d'objectifs d'efficience** conçus au niveau national et déclinés au niveau régional et des établissements

- Contribuer à la mise en place d'un **système de pilotage de la performance**, à la diffusion et au suivi de tableaux de bord

Illustration des services que l'ANAP pourra proposer à ses clients

Outils et référentiels

Ets

ARS

- Outils de pilotage stratégique d'un établissement (ex : outils d'aide à la décision pour le positionnement concurrentiel et le dimensionnement optimal des établissements)
- Référentiels de bonnes pratiques de gestion, d'organisation, de GRH, de management, de gestion et de valorisation patrimoniale...
- Outils d'accompagnement du changement
- Outils d'optimisation pour la planification de l'offre de soins et l'évaluation médico-économique des PMT
- Outils pour préparer et mettre en œuvre les recompositions
- Contribution à la « standardisation » de l'offre et de la demande en SI hospitaliers, en élaborant des cahiers des charges de référence opérationnelle des établissements

Appui au déploiement

Ets

ARS

- Accompagner des missions d'appui pour le redressement d'établissements en difficulté
- Accompagner des missions d'appui aux opérations de regroupement et de mutualisation
- Accompagner des missions d'appui pour le déploiement des systèmes d'information
- Déployer des programmes de formation au management pour les équipes de direction, en liaison avec l'EHESP et les autres organismes de formation
- « Centrale d'achat » au service des établissements et des ARS pour le recours à des prestations de conseil

Evaluation de projets

DAC

ARS

- Evaluer des projets d'investissements immobiliers et de systèmes d'information

- Evaluer l'impact économique des projets de normes

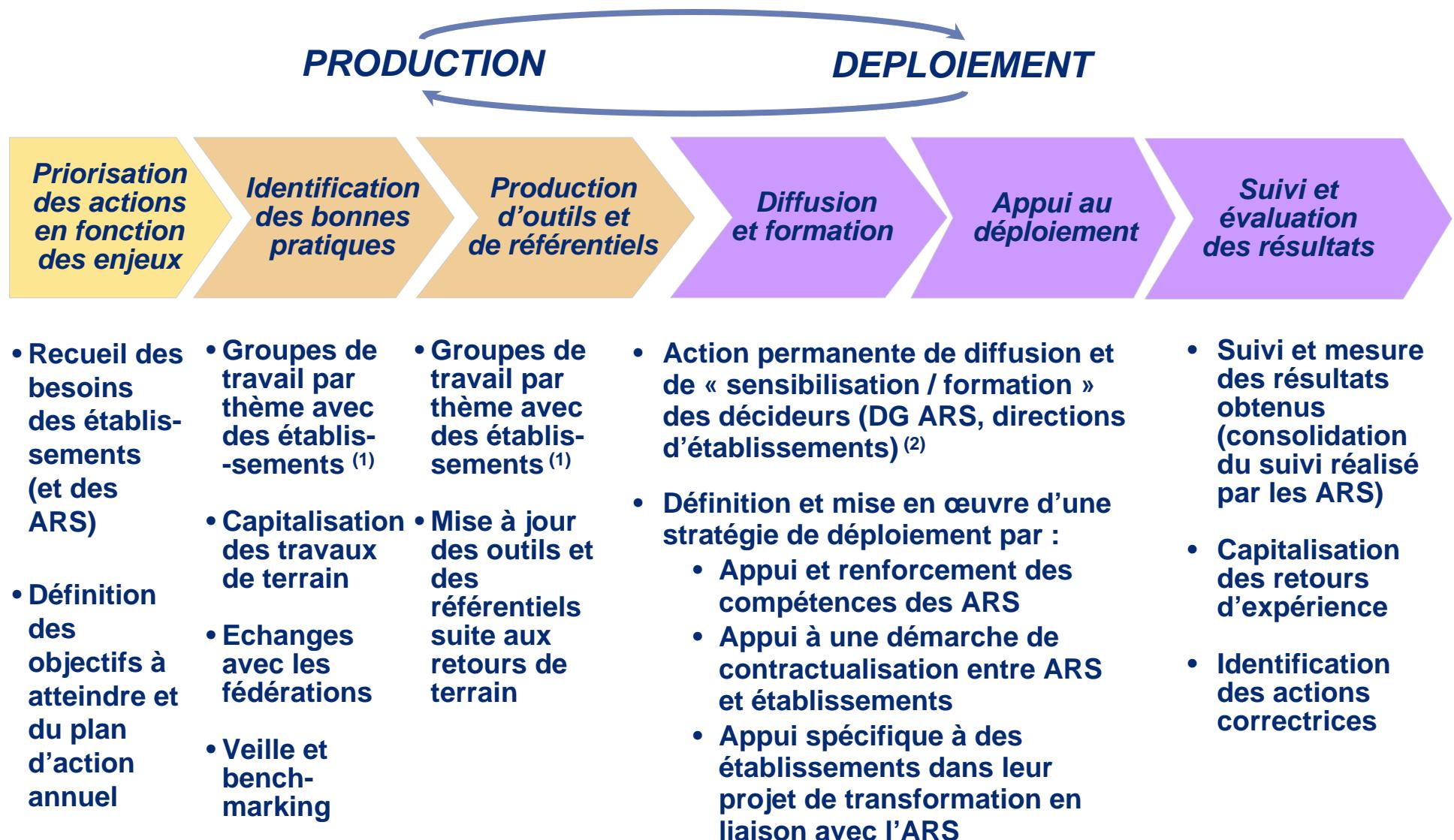
Pilotage de la performance

DAC

ARS

- Modéliser les déterminants macro-économiques de la dépense et des coûts
- Proposer une stratégie et des objectifs de performance, à rendre publics (à l'appui du PLFSS)
- Contribuer à mettre en place un système de pilotage de la performance (tableau de bord, indicateurs, suivi)
- Contribuer à définir des priorités fonctionnelles pour l'informatisation des établissements

L'action de l'ANAP sera marquée par le pragmatisme et l'exigence de résultats



(1) Et le cas échéant des industriels ou des partenaires extérieurs

(2) Interventions régulières en séminaires de DG ARS et de directeurs d'établissements

La feuille de route pluriannuelle de l'ANAP pourrait être ciblée sur 5 priorités

Accompagner le redressement d'établissements ciblés

Proposition d'objectifs prioritaires

- Accompagner des missions d'appui au redressement d'établissement ciblés (établissements de santé et établissements médico-sociaux)
 - Effet d'exemplarité par la réussite d'opérations emblématiques
 - Effet de levier par ciblage sur des établissements à forts enjeux
- Appui à la mise en place de CHT
- Appui à des projets de mutualisation (env. 15 en 2009, 20 en 2010)
- Déploiement de méthodes pour la transformation des USLD
- Appui à la réussite de projets SIH emblématiques dans les CHU
- Conception de cahiers des charges de référence et de schémas d'urbanisme, afin de faciliter l'élaboration de projets de qualité pour Hôpital 2012
- Faciliter la structuration de l'offre industrielle
Appui à la mise en place et à la professionnalisation des « cellules de performance » au sein des ARS
- Conception et mise en œuvre de kits de formation au pilotage de la performance et au management⁽¹⁾ (directeurs, chefs de pôle et de service)
- Outils d'aide à la décision pour le positionnement et le dimensionnement des établissements, les projets d'investissements, la gestion patrimoniale
- Tableaux de bord de suivi de la performance (pour les établissements, pour les ARS, pour les acteurs nationaux)
- Référentiels d'organisation médicale (ex : imagerie, maternité, médecine interne,...)
- Déploiement des bonnes pratiques déjà documentées

Appuyer la formation au management

Mettre en place et déployer des outils méthodologiques

(1) En liaison avec les organismes de formation concernés

Investir dans une agence de la performance est un investissement rentable, comme le prouvent les expériences étrangères

Thèmes d'action prioritaires	Retour sur investissement potentiel	Commentaires
Appui au redressement financier des établissements les plus déficitaires	Très important	<ul style="list-style-type: none">■ Retour sur investissement très important constaté sur plusieurs opérations d'appui au redressement financier déjà conduites■ 30 établissements concentrent 60% de l'ensemble du déficit
Appui aux regroupements territoriaux	Important	<ul style="list-style-type: none">■ Regroupement chirurgie – obstétrique■ Rationalisation des urgences■ Transformation court séjour – long séjour■ Construction avec les ESMS de filières d'amont et d'aval aux hospitalisations
Appui à la constitution de solution SIH mutualisées	Important	<ul style="list-style-type: none">■ Optimisation significative des investissements■ Gain de 15% sur les coûts de maintenance applicative

 *Nos partenaires investissent jusqu'à 5 fois plus que nous dans l'appui à la performance (Angleterre, Pays-Bas, Suède) ⁽¹⁾*

(1) En ratio budget de l'agence / dépenses hospitalières, cf. Annexe n°2-3

Des mesures complémentaires permettront d'optimiser l'efficacité de l'action de l'ANAP

■ Définir et rendre publique une stratégie d'amélioration de la performance des établissements

- Les exemples réussis d'amélioration de la performance du système de soins chez nos voisins se sont appuyés sur une **stratégie nationale affichant des objectifs quantifiés, publics et transparents d'amélioration de la performance** (ex : programme « *Sneller Beter* » aux Pays-Bas, programme de modernisation du NHS).
- L'évolution de l'ONDAM hospitalier repose sur des hypothèses d'amélioration de la productivité et d'amélioration de la gestion (280 M€ dans le PLFSS 2007) qui ne sont aujourd'hui ni « objectivées », ni déclinées selon un plan d'actions, ni suivies
- Les objectifs d'économie et d'amélioration de l'efficience pourraient être désormais affichés et déclinés en plans d'actions opérationnels dont les résultats seraient suivis.

■ Accroître la transparence sur les performances comparées des établissements

- Condition nécessaire à la responsabilisation des établissements et au développement d'un effet de comparaison stimulant les efforts d'amélioration de la performance.
- Ainsi, en priorité, les indicateurs de performance des établissements hospitaliers qui seront prochainement établis par la DHOS pourraient faire l'objet d'une diffusion publique aux côtés des indicateurs clés de qualité ; ces critères devraient être suivis par les ARS et inclus dans l'évaluation des directeurs

■ Etudier la mise en place d'une procédure d'appel à projets pour stimuler les regroupements territoriaux et préparer la constitution des CHT (en lien avec la DHOS)

- De nouveaux instruments, plus incitatifs, sont nécessaires pour accélérer la mise en œuvre des regroupements territoriaux et des projets de mutualisation sur le terrain.
- Un cahier des charges national en matière de projets territoriaux de regroupements et de mutualisation pourrait être élaboré, avec un appui opérationnel de l'ANAP et des incitations financières de l'ARS, conditionnées au respect de ce cahier des charges, sur le modèle des regroupements des universités en pôles (cf. projet Campus).
- L'ANAP pourrait contribuer à l'élaboration des cahiers des charges ainsi qu'à l'évaluation des projets territoriaux.
- La 2ème vague des projets Hôpital 2012 aurait ainsi pour objet principal de financer des « investissements de recomposition », impliquant à la fois des projets immobiliers, systèmes d'information ainsi que des investissements

Sommaire

- **Introduction** pp. 1-12
- **Positionnement stratégique et objectifs prioritaires** pp. 13-20

Statut et positionnement opérationnel pp. 21-31

- **Mise en œuvre** pp. 32-34
- **Annexes** pp. 35-46

La nature partenariale du statut de GIP correspond le mieux au positionnement de l'agence comme structure d'appui au service des établissements

	GIP	EPA
Avantages	<ul style="list-style-type: none">▪ Structure partenariale permettant d'associer les différents acteurs▪ Adapté à un positionnement d'appui aux ARH et aux établissements▪ Souplesse du statut et possibilité de modifier les missions	<ul style="list-style-type: none">▪ Pérennité de la structure▪ Adapté dans l'hypothèse où l'agence supporterait de nombreux transferts de compétences de la DHOS (gestion de programmes nationaux)
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none">▪ Durée limitée mais prorogeable▪ Peu adapté dans l'hypothèse où l'agence a un rôle de régulateur avec un important transfert de compétences de la DHOS	<ul style="list-style-type: none">▪ Peu adapté à une gouvernance partenariale▪ Moindre souplesse budgétaire▪ Peut être vécu comme une reprise en main par l'Etat

- La création de l'ANAP mettra fin à l'insécurité juridique liée au « statut » actuel de la MEAH et de la MAINH

Cette nature partenariale se reflétera dans la composition et le mode de fonctionnement des instances de gouvernance

Un conseil d'administration

- Ministères (santé + solidarité + budget)
- Représentants UNCAM
- Représentants CNSA
- Représentants des fédérations (FHF, FHP, FEHAP, FNCLCC, FNEHAD, UNIOPSS), incluant des médecins
- *Président nommé par le ministre chargé de la santé*

Un conseil scientifique

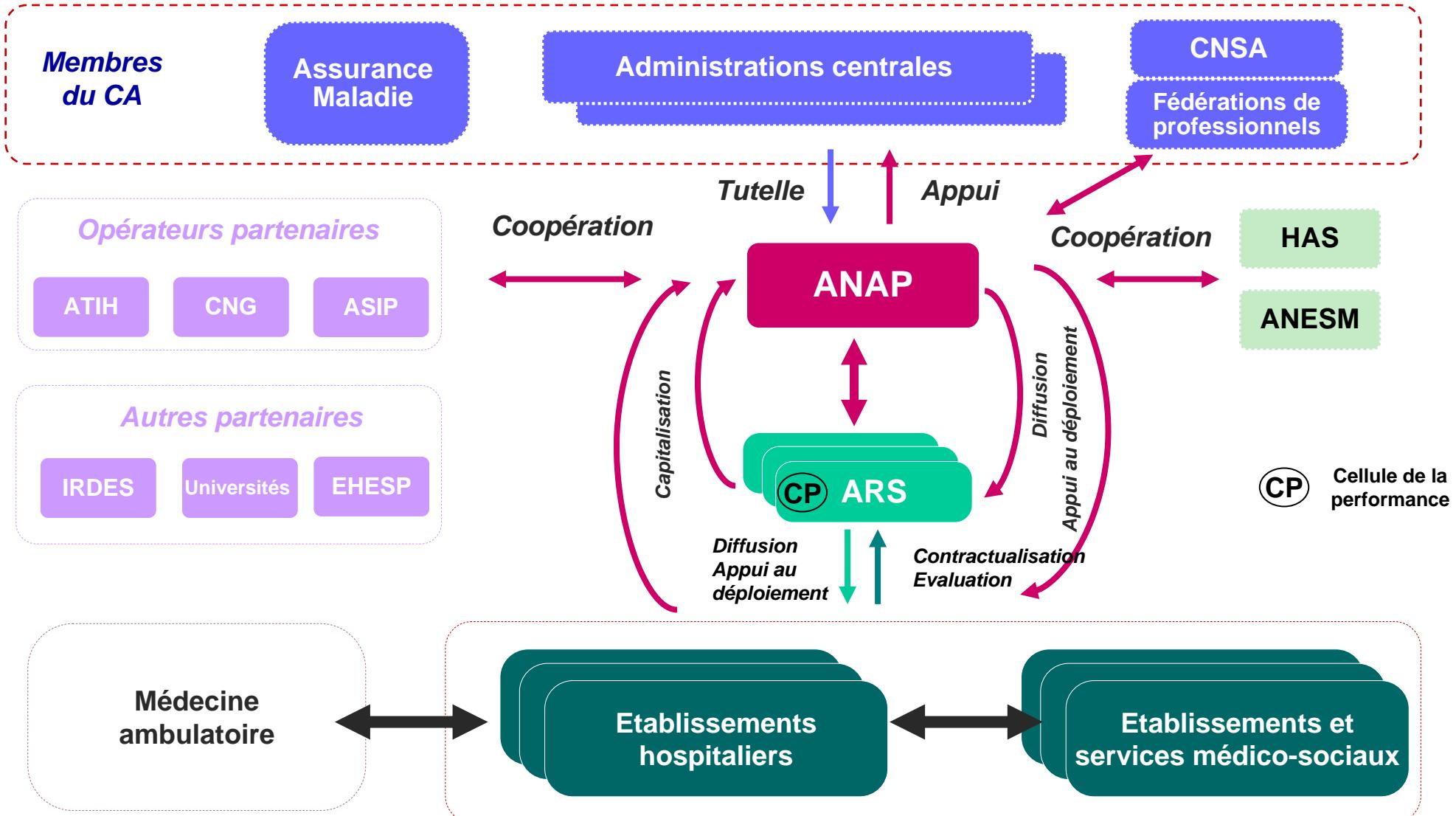
- Représentant HAS et ANESM
- Représentants des opérateurs (ATIH, ASIP, CNG,...)
- Représentants des établissements de formation (EHESP, EN3S,)
- Représentants DREES, IRDES...
- Représentants DG ARS
- Personnalités qualifiées

La direction

- **Un directeur général**
 - Choisi sur un projet, dans le cadre d'une procédure de sélection (comité de sélection)
 - Nommé par le ministre chargé de la santé, sur proposition du comité de sélection
 - Evalué par le ministre sur l'atteinte de ses objectifs

- **Une équipe de direction**, avec un secrétaire général chargé du suivi administratif et financier

Positionnement de l'ANAP



Relations entre l'ANAP et les établissements et leurs fédérations

- **L'ANAP est à l'écoute des besoins des établissements** : sujets à traiter, outils à développer, interventions à mener
- **Elle les associe à la définition de ses priorités d'action**, par l'intermédiaire de leurs fédérations
- **Elle s'appuie sur eux pour identifier et valoriser les bonnes pratiques**
- **Elle élabore et met à jour ses outils et référentiels en relation avec eux** (ex : groupes de travail), notamment pour s'assurer de leur caractère pragmatique et opérationnel
- **Elle diffuse ses outils aux établissements** par le relais des fédérations et des ARS
- **Elle participe aux actions de sensibilisation et de formation des responsables** d'établissements, administratifs et médicaux
- **Elle peut participer au déploiement de projets ou à des projets de redressement**, soit par ses experts, soit par le relais de consultants, à la demande des établissements ou des ARS
 - pour éviter le risque de dispersion, le choix des interventions de l'ANAP auprès des établissements fera l'objet d'une procédure rigoureuse de sélection en fonction des enjeux

Relations de l'ANAP avec les ARS

- **L'ANAP a pour mission prioritaire de conforter et d'appuyer les ARS dans leur mission de pilotage de la performance des établissements**
- **Elle leur apporte des outils leur facilitant ce pilotage**, ainsi que des outils à destination des établissements pour leur permettre d'améliorer leur performance
- **Les ARS devront constituer une cellule « performance » en leur sein** (à partir des actuels chargés de mission de la MAINH et de la MEAH dans les ARH⁽¹⁾) **pour piloter et améliorer la performance des établissements**
 - **ces cellules seront le relais territorial de l'ANAP**, pour faciliter à travers un relais régional la diffusion et le déploiement auprès des établissements
 - **l'ANAP devra assurer leur animation nationale, veiller à la cohérence de leur action, leur fournir des outils et contribuer à leur professionnalisation**
 - inversement ces cellules participeront à la capitalisation des bonnes pratiques et à l'évaluation des prestations de l'ANAP
- **Les ARS sont chargées de veiller à l'utilisation des outils et référentiels de l'ANAP, le cas échéant par le biais de contractualisation et en conditionnant des financements**
- L'ANAP peut, à la demande des ARS, participer, soit par ses experts, soit par le relais de consultants, au déploiement de projets ou à des projets de redressement

(1) Les actuels chargés de mission SI et Immobilier seront à l'avenir gérés et financés par le budget des ARS

Relations entre l'ANAP et les administrations centrales

Principes directeurs

- **Définition par la tutelle des priorités stratégiques et des objectifs de l'ANAP**
 - Ces objectifs sont rendus publics pour leur donner une forte visibilité
- **L'ANAP vient en appui aux acteurs nationaux pour le pilotage de la performance**
 - Contribution à la définition d'une stratégie et d'objectifs de performance et à la mise en place d'un système de pilotage et de suivi
- **L'ANAP intervient dans l'évaluation économique de projets de normes**
 - sans rôle dans l' allocation des ressources

Recommandations

- Une **clarification des responsabilités avec la DHOS** recentrée sur le pilotage stratégique et les activités de nature régaliennes
 - Transfert de la DHOS à l'agence des missions d'appui et d'évaluation ⁽¹⁾
 - Reprise par la DHOS des activités relatives au suivi, à la gestion et à l'instruction des programmes nationaux (SI et immobilier)
 - Renforcement du bureau E1 de la DHOS sur le pilotage de l'efficience, le contrôle de gestion et la tutelle de l'agence
- **Articulation avec la DGAS**, chargée de la conception et du suivi des politiques portant sur les établissements et services médico-sociaux

Articulation de l'ANAP avec la HAS, et l'ANESM, pour l'évaluation médico-économique et la certification des établissements

Recommandations

- Mettre en œuvre des principes de coopération entre la HAS et l'ANAP
 - Principe de « participation croisée » : la HAS serait membre du conseil scientifique de l'ANAP et l'ANAP serait membre de comités spécialisés de la HAS (ex : comité certification) ;
 - Principe d'une coopération dans la définition du programme de travail pour les missions de la HAS relatives à l'évaluation médico-économique et à la certification des établissements de santé ;
 - L'ANAP contribue à l'élaboration des référentiels de bonne pratique ;
 - Gestion coordonnée du projet d'indicateur Compaqh, l'agence s'attachant à développer des indicateurs d'efficience.
- Spécialiser les domaines privilégiés d'intervention entre la HAS et l'ANAP pour les domaines conjoints :
 - HAS centrée sur la qualité et les résultats des soins et processus cliniques (relation avec les sociétés savantes et CME) ;
 - ANAP centrée sur la performance de l'organisation et des structures des établissements.

	Principales missions HAS	Points d'articulation HAS / ANAP
Recommandations de bonnes pratiques	<ul style="list-style-type: none">■ Etablissement de référentiels de bonnes pratiques cliniques et professionnelles■ Evaluation des pratiques professionnelles	<ul style="list-style-type: none">■ L'ANAP contribue dans ses domaines de compétence à la formulation des bonnes pratiques auprès de l'HAS■ Les missions d'appui et d'intervention de l'ANAP s'appuient notamment sur les recommandations de bonnes pratiques émises par la HAS
Recommandations en santé publique	<ul style="list-style-type: none">■ Sur demande de l'Etat, recommandations relatives à des stratégies de politique de santé (ex : stratégie de dépistage, définition des populations à risque)	
Evaluation médico-économique	<ul style="list-style-type: none">■ Evaluation des produits de santé■ Evaluation du recours à l'hôpital■ Evaluation du parcours de soin■ Impact économique des recommandations de bonne pratique	<ul style="list-style-type: none">■ Coordination des travaux d'études et d'évaluation■ Orientations stratégiques et principes directeurs décidés par le Comité de coordination des ARS■ Mise en place de méthodologies communes
Certification des établissements	<ul style="list-style-type: none">■ Certification systématique des ES tous les 4 ans■ Fondée sur les référentiels de bonnes pratiques (manuel de certification)	<ul style="list-style-type: none">■ Coordination des plannings entre HAS et ANAP pour éviter cumul de missions de certification et missions d'appui au redressement■ L'ANAP contribue à la formulation des bonnes pratiques de gestion et d'efficience (manuel de certification HAS)■ L'ANAP collabore avec la HAS pour une réflexion sur la certification de fonctions spécifiques (fonctions médico-techniques, fonctions support,...)
Indicateurs et pilotage	<ul style="list-style-type: none">■ Développement d'indicateurs de pratiques cliniques■ Développement d'indicateurs d'efficience	<ul style="list-style-type: none">■ Gestion coordonnée ANAP / HAS du projet Compaqh■ L'ANAP conduit un programme de développement d'indicateurs d'efficience dans le cadre de Compaqh

La CNSA et l'ANESM seront partenaires de l'ANAP

Principes directeurs

- L'ANAP est compétente sur le secteur médico-social afin de ne pas dupliquer pour ce secteur des capacités d'expertise et de méthodologies, et pour favoriser les organisations permettant des parcours coordonnés entre le sanitaire et le médico-social
- La CNSA et l'ANESM sont des partenaires de l'ANAP, qui contribuent à la définition du programme de travail de l'agence dans le domaine médico-social
- La DGAS, qui participe à la définition des priorités stratégiques de l'agence, doit veiller à l'articulation des trois opérateurs

Recommandations

- La CNSA assure, dans le cadre d'une MOA déléguée par l'Etat, le pilotage des activités de l'ANAP pour ce qui concerne ses activités intéressant le **secteur médico-social**
 - Elle est membre du conseil d'administration
 - Elle **finance les programmes** conduits par l'ANAP en la matière (soit par une contribution globale soit par un financement par projet)
- Le programme d'actions de l'ANAP prend en compte les **priorités** exprimées par la CNSA :
 - Méthodologie de reconversion en USLD et accompagnement d'expériences
 - Méthode d'amélioration de la prise en charge entre le sanitaire et le médico-social
 - Expertises en ingénierie immobilière
 - Etudes des besoins et de l'offre industrielle en matière de SI

Articulation avec l'ASIP, l'ANAP concentrant son action sur les enjeux d'organisation et sur le déploiement opérationnel des systèmes d'information

Principes directeurs

- **SI administratif** : l'ANAP
 - GEF, RH, Paie, logistique, décisionnel ...
- **SI clinique** :
 - copiloté ANAP – ASIP pour la définition des programmes (besoin de synchronisation fonctionnelle, temporelle voire budgétaire)
 - lien avec les autres fonctions du SIH et la conduite du changement : l'ANAP
 - interopérabilité et référentiels techniques : l'ASIP
- Forte coordination au quotidien entre les 2 entités avec, sur la partie SI clinique, un dispositif opérationnel commun à formaliser.



Recommandations

- L'ANAP intervient dans la **mise en œuvre opérationnelle** des SIH auprès des ARS et des établissements.
- Ses interventions ont pour objectif **d'accélérer l'usage des SI** par :
 - le pilotage de programmes de **structuration de l'offre industrielle**
 - l'élaboration d'**outils** favorisant l'usage des SI (ex: cahier des charges types, organisation de formation avec l'EHESP)
 - la conduite de travaux relatifs à **l'impact sur l'organisation et les processus des nouvelles technologies**
 - **le dialogue avec les industriels** pour anticiper les impacts des réformes sur les SIH
- En relation avec les ARS elle favorise la **mutualisation des expériences**.
- Elle participe aux travaux de l'ASIP et y apporte le retour des attentes et expériences des ARS et les établissements

Une nécessaire coopération avec l'ATIH pour améliorer la qualité et l'accès aux informations

Principes directeurs

- L'ANAP construit avec les DAC, les établissements et les ARS les référentiels et indicateurs de suivi de la performance
- L'ANAP organise la transparence sur les performances comparées des établissements
- L'ATIH anime, dans le cadre de ses compétences, la collecte des données de performance des établissements quel qu'en soit le support initial (Comptabilité publique , PMSI, enquêtes type SAE AGHN, ICARE etc ...)
- L'ATIH a la responsabilité de la qualité et de l'exhaustivité des données.

Recommandations

- L'ANAP contribue à la définition de **tableaux de bord** et d'indicateurs cibles en liaison avec les directions d'administration centrale et les ARS. Elle promeut la **diffusion et la transparence** des informations pour favoriser les comparaisons et la bonne gestion
- L'ATIH anime la collecte des données et s'assure de leur qualité et exhaustivité
- Les **deux structures coopèrent en vue d'améliorer la qualité et l'accès aux informations** :
 - Collecte d'informations en matière RH aujourd'hui parcellaire et insuffisante
 - Enrichissement de l'information (ex : historisation des données PMSI, recueil de données infra-établissement)
 - Recherche de synergies et de complémentarité avec d'autres bases de données (ex : BDHF)

Sommaire

- **Introduction** pp. 1-12
 - **Positionnement stratégique et objectifs prioritaires** pp. 13-20
 - **Statut et positionnement opérationnel** pp. 21-31
- Mise en œuvre** pp. 32-34
- **Annexes** pp. 35-46

En 2009 le financement de l'ANAP sera assuré par les moyens existants et par des redéploiements

- 2009 : reconduction des budgets des 3 structures (fonctionnement et intervention)
 - les effectifs de l'agence se situeront donc entre 40 et 50 ETP
- Possibilité pour les ARS, et les établissements le cas échéant, de financer ou co-financer des projets
- Une montée en puissance progressive est envisageable en fonction des premiers résultats

Plusieurs décisions sont à prendre rapidement pour que l'ANAP soit opérationnelle dès le 1^{er} semestre 2009

- Deux priorités d'action avant même le vote de l'article sur l'ANAP dans le PLFSS 2009
 - La sélection du futur directeur de l'ANAP
 - il est recommandé de lancer un appel public à candidatures, d'évaluer les candidats par un cabinet de recrutement, puis un comité de sélection fera ses recommandations à la ministre
 - La désignation d'un chef de projet intérimaire pour préparer la mise en place opérationnelle de l'ANAP à partir de la MAINH, de la MEAH et du GMSIH

■ Calendrier indicatif des actions à conduire

Action	Responsable	Échéance indicative
■ Arbitrage sur les lignes directrices du projet <ul style="list-style-type: none">– Désignation du responsable de mission intérimaire	Ministres	Octobre
■ Sélection du futur directeur	Comité de sélection	Février 2009 Procédure à lancer en novembre
■ Préparation de la mise en œuvre opérationnelle <ul style="list-style-type: none">– Identification des chantiers et responsables– Plan d'action opérationnel	Chef de mission intérimaire	Janvier 2009 Procédure à lancer en novembre
■ Préparation puis approbation de la convention constitutive du GIP	Chef de mission puis directeur Tutelles et partenaires	Janv. – Avril 2009
■ Projet de programme d'actions 2009 – 2010 de l'agence <ul style="list-style-type: none">– Programmes d'activités et définition de l'offre de services– Moyens	Chef de mission puis directeur Tutelles et partenaires	Janv. – Avril 2009
■ Démarrage opérationnel <ul style="list-style-type: none">– Mise en place de la nouvelle organisation– Formation et conduite du changement auprès du personnel	Directeur de l'ANAP	Avril 2009

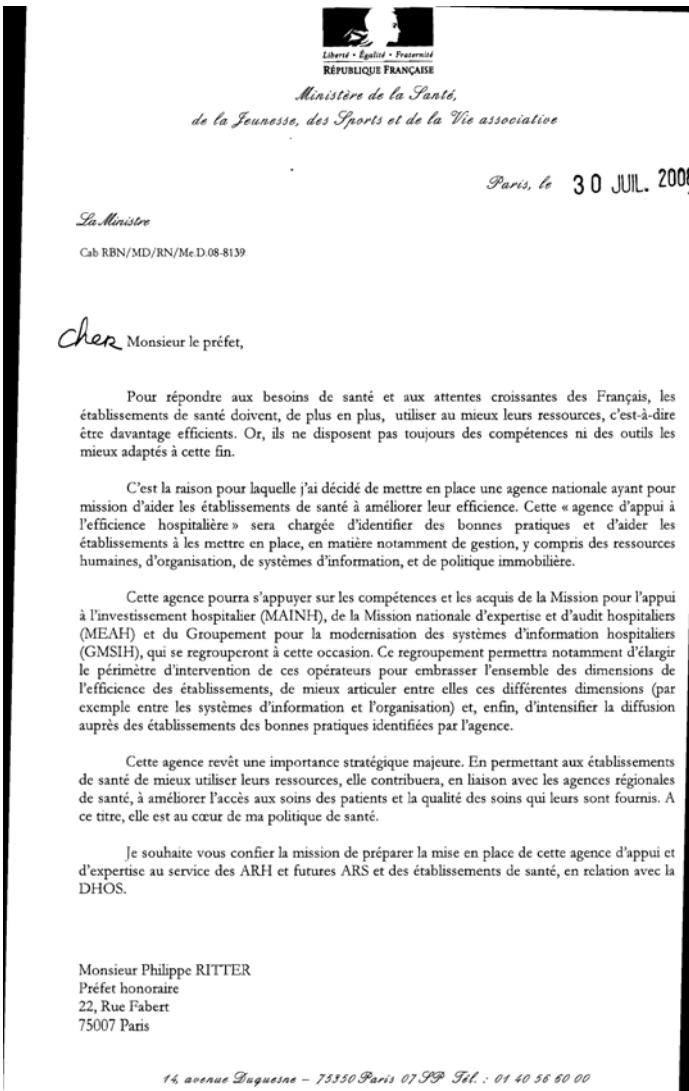
Sommaire

- **Introduction** pp. 1-12
- **Positionnement stratégique et objectifs prioritaires** pp. 13-20
- **Statut et positionnement opérationnel** pp. 21-31
- **Mise en œuvre** pp. 32-34

Annexes pp. 35-46

- **Lettre de mission**
- **Composition du Comité de pilotage de la mission**
- **Liste des personnes rencontrées par la mission**
- **Enseignements autour de quelques expériences étrangères**

Lettre de mission



A cette fin, vous devrez, en liaison avec les principaux acteurs concernés :

- identifier les leviers d'amélioration de l'efficience des établissements de santé ;
- déterminer la manière dont une agence nationale d'appui pourrait agir au mieux sur ces leviers, en précisant en particulier la répartition souhaitable entre les compétences internes de l'agence et celles auxquelles elle pourra faire appel, ainsi que la façon dont elle pourrait diffuser au mieux les bonnes pratiques au sein des établissements ;
- définir l'organisation, les méthodes de travail de l'agence et son dimensionnement humain et financier lui permettant d'avoir le maximum d'impact auprès des établissements. Vous définirez le type de relations qu'elle devra entretenir avec les agences régionales de santé, avec les établissements de santé, et avec ses autorités de tutelle, au premier rang desquelles la DHOS. Vous indiquerez, en outre, l'ordre de grandeur des moyens dont elle devrait disposer ;
- construire un projet stratégique, qui précisera en particulier les modalités d'évolution des opérateurs actuels vers l'agence de l'efficience.

Pour mener à bien votre mission, vous pourrez vous assurer l'appui de collaborateurs de votre choix, voire de consultants. Bien évidemment, vous pourrez capitaliser sur les conclusions des travaux déjà conduits dans cette perspective en 2006 et 2007.

Vous consulterez les différents acteurs concernés, en particulier les fédérations hospitalières, et vous mettrez en place un « comité de pilotage », réunissant les principales parties prenantes à la création de cette agence, qui nourrira votre réflexion et donnera son avis sur vos travaux. Vous associerez naturellement la MAINH, la MEAH et le GMSIH à votre démarche.

Vous me remettrez à la fin du mois de septembre votre rapport définitif sur le schéma cible qui vous semble devoir être retenu pour cette agence ainsi que sur les modalités de sa mise en place. Vous me remettrez au préalable un rapport d'étape incluant notamment une proposition de rédaction de l'article de loi instituant l'agence de l'efficience et le profil requis de la personne qui sera amenée à la diriger.

La mise en place de cette agence, qui devra s'inscrire durablement comme un partenaire indispensable pour les établissements de santé, devra intervenir au plus tard au premier semestre 2009.

En vous remerciant pour votre engagement, je vous prie, monsieur le préfet, d'agrée l'expression de ma considération distinguée *et très amicale*.

Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Composition du Comité de pilotage (1/2)

Mission

- M. **Philippe RITTER**, préfet honoraire, chef de mission
- M. **Michel-Henri MATTERA**, inspecteur de l'IGAS

Cabinets ministériels

- M. **Mathias DUFOUR** et **Etienne DEGUELLE**, conseillers techniques au cabinet de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
- M. **François-Xavier SELLERET**, conseiller du ministre de travail, des relations sociales et de la solidarité
- M. **Marc BOURQUIN**, conseiller technique au cabinet de la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité

Administration centrale

- M. **Jean-Marie BERTRAND**, secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales
- Mme **Annie PODEUR**, directrice de la DHOS
- M. **Dominique LIBAULT**, directeur de la DSS
- M. le directeur du budget, représenté par M. **François CARAYON**, directeur adjoint
- M. le directeur général de la DGAS, représenté par M. **Philippe DIDIER-COURBIN**, chef de service, adjoint au directeur
- Mme la directrice de la DREES, représentée par Mme **Lucile OLIER**, sous-directrice

Assurance maladie

- M. le directeur général de la CNAMTS, représenté, par M. **Jean-Marc AUBERT**, directeur délégué

CNSA

- M. le directeur de la CNSA, représenté par M. **Hervé DROAL**, directeur des établissements et services médico-sociaux

Composition du Comité de pilotage (2/2)

Haute Autorité de santé (HAS)

- M. Raymond LE MOIGN, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Mme Evelyne BELLIARD, conseillère technique du directeur

Représentants des agences régionales de l'hospitalisation (ARH)

- M. DUBOSQ, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de la Haute Normandie

Fédérations

- M. Philippe BURNEL, délégué général de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
- M. Gérard VINCENT, délégué général de la fédération hospitalière de France (FHF)
- M. Pierre LESTEVEN, conseiller en stratégie de la fédération hospitalière de France (FHF)
- Mme Elisabeth HUBERT, présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD)
- M. François BERARD, délégué national de la FNEHAD
- M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
- M. Jérôme ANTONINI, directeur du service sanitaire de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)
- Mme Cécile CHARTREAU, conseillère technique de l' Union Nationale Interfédérale des Oeuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS)
- M. Dominique MAIGNE, délégué général de la fédération de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC)

Structures intégrant l'ANAP

- M. Vincent LE TAILLANDIER, directeur de la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH)
- M. Yvonnick MORICE, président du Groupement d'Intérêt Public chargé de moderniser le Système d'information hospitalier (GMSIH)
- M. Hugues DUFÉY, directeur du Groupement d'Intérêt Public chargé de moderniser le Système d'information hospitalier (GMSIH)
- M. David LE SPEGAGNE, directeur par intérim de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH)

Liste des personnalités rencontrées par la mission (1/4)

Anciens ministres

M. Gérard Larcher : Ancien ministre, président du Sénat
Mme Elisabeth Hubert : Ancien ministre, présidente de la FNEHAD

Membres de cabinets ministériels

M. Philippe Sauvage : Directeur adjoint du cabinet de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
M. Mathias Dufour : Conseiller technique au cabinet de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
M. Etienne Deguelle : Conseiller technique au cabinet de la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative
M. François-Xavier Selleret : Conseiller auprès du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité
M. Fabrice Heyries : Conseiller technique au cabinet du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité
M. Pierre-Alain de Malleray : Conseiller technique au cabinet du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité
M. Marc Bourquin : Conseiller technique au cabinet de la secrétaire d'Etat chargée de la solidarité

Administrations centrales

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

M. Jean-Marie Bertrand : Secrétaire général
M. André Loth : Chef de la Mission pour l'informatisation des systèmes de santé
M. Emmanuel Roux : Chargé de mission auprès du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Mme Annie Podeur : Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
M. Luc Allaire : Chef de service de la DHOS
Mme Eliane Apert : Sous directrice, Sous direction E
M. Yannick Le Guen : adjoint à la sous directrice, Sous direction E
Mme Elisa Yavchitz : Chef du bureau E 1
M. Denis Ducasse : chef du bureau E 3
M. Denis Debrosse : Chef de projet de la mission accompagnement des réformes hospitalières à la DHOS
M. Didier Eyssartier : Conseiller général des établissements de santé

Membres des équipes des bureaux E 1, E 3 et E 4

Liste des personnalités rencontrées par la mission (2/4)

Direction de la sécurité sociale

M. Dominique Libault : Directeur de la sécurité sociale
M. Jean-Philippe Vinquant : Sous-directeur, 1^{ère} Sous-direction
Mme Marine Jeantet : adjointe, 1^{ère} Sous-direction
M. Jérôme Sequier : Chef du bureau 1A

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Mme Anne-Marie Brocas : Directrice de la DREES

Direction du budget

M. François Carayon : Directeur adjoint à la direction du budget - 6^{ème} sous-direction au ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique
M. Igor Busschaert : Directeur d'hôpital à la direction du budget - 6^{ème} sous-direction au ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique

Assurance maladie, agences et établissements publics nationaux

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

M. Bertrand Fragonard : Président du HCAAM

CNAMTS

M. Frédéric Van Roekeghem : Directeur général de la CNAMTS
M. Jean-Marc Aubert : directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins à la CNAMTS
Mme Dominique Polton, chargée de mission auprès du directeur général de la CNAMTS
Mme Agathe Denechère, directrice de cabinet du directeur général de la CNAMTS

CNSA

M. Laurent Vachey : Directeur de la CNSA

HAS

M. Laurent Degos : Président de la HAS
M. François Romaneix : directeur de la HAS
M. Jean-Paul Guerin : Membre du collège de la HAS
M. Raymond Le Moign : Membre du collège de la HAS

ATIH

Mme Maryse Chodorge : Directrice de l'ATIH

EHESP

Mme Chantal de Singly : Directrice de l'institut du management de l'EHESP

CNG

Mme Danielle Toupillier : Directrice du CNG

Liste des personnalités rencontrées par la mission (3/4)

Agences régionales de l'hospitalisation

M. Jean-Louis Bonnet : Président de la conférence des DARH, directeur de l'ARH de Rhône-Alpes
M. Pascal Forcioli : Directeur de l'ARH de Picardie
M. Christian Dubosq : Directeur de l'ARH de Haute-Normandie
Dr Jean-Yves Grall : Directeur de l'ARH de Lorraine

Structures regroupées au sein de l'ANAP

MEAH

Mme Elisabeth Beau : Ancienne directrice de la MEAH, directrice du CH de St-Denis
M. David Lespegagne : Directeur par interim de la MEAH
L'équipe de la MEAH

MAINH

M. Vincent Le Taillandier : Directeur de la MAINH
L'équipe de la MAINH et le réseau des chargés de mission en ARH

GMSIH

M. Yvonnick Morice : Président du GMSHI
M. Hugues Dufey : Directeur du GMSIH
L'équipe du GMSIH

Représentants des industriels

M. Francis Jubert : Directeur de SYNTEC Santé
M. Jérôme Duvernois : Président de LESSIS
M. Yannick Motel : Délégué général de LESSIS
Mme Odile Courbin : Directrice générale de SNITEM
M. Yves Augereau : Chargé de mission TIC SANTE-SNITEM

Personnalités qualifiées

Mme Rose-Marie Van Lerberghe : Présidente du directoire de Korian
M. Daniel Moinard : Ancien DG du CHU de Toulouse
M. Pierre Thépot : Directeur du CH d'Arras

Liste des personnalités rencontrées par la mission (4/4)

Fédérations et conférences nationales

Fédération hospitalière de France (FHF)

M. Gérard Vincent : délégué général

M. Pierre Lesteven : conseiller auprès du délégué général

Mme Michèle Deschamps : chargée de mission

Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

M. Yves-Jean Dupuis : Directeur général

M. Jérôme Antonini : Directeur du service sanitaire

Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)

M. Jean-Loup Durousset : Président

M. Philippe Burnel : Délégué général

Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)

M. François Berard : Délégué national

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC)

M. Dominique Maigne : Délégué général

Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS)

M. Hubert Allier : Directeur général

Mme Cécile Chartreau : Conseiller technique

Conférence des directeurs généraux de CHU

M. Paul Castel : Président de la conférence des DG de CHU

Conférence des présidents de CME de CHU

Pr. Alain Destee : Président de la conférence des présidents de CME de CHU

Conférence des directeurs de centre hospitalier

Mme Solange Zimmermann : Directeur du CH de Gap

M. Denis Fréchou : Directeur du CH Esquirol

Conférence des présidents de CME de CH

Dr Francis Fellinger : Président de la conférence des présidents de CME de CH

Conférences des présidents de CME de CHS

Dr Yvan Halimi : Président de la conférence des présidents de CME de CHS

Principaux enseignements issus des expériences étrangères en matière de structure d'appui à la performance hospitalière (1/4)

■ L'affichage d'une stratégie de performance liant qualité et efficience

- Une **stratégie de performance nationale publique** présentant des objectifs d'amélioration de la qualité et de l'efficience (Pays-Bas : programme « Faster Better », Angleterre) autour d'un nombre limité d'objectifs quantifiés
- Dans le cadre d'un système privé et largement concurrentiel comme aux Etats-Unis : volet « Assurance Qualité » séparé de l'efficience (« Utilization Review Organizations ») piloté par les assureurs
- L'importance accordée à la **transparence des objectifs et des résultats** (Pays-Bas, « *Hospital Quality Initiative* » des associations hospitalières américaines, *Program Sector Agreement* en Grande-Bretagne)
- Des objectifs fixés dans **4 domaines principaux** : qualité des soins et du service, sécurité, transparence, diffusion des bonnes pratiques

■ L'exemple anglais : de la *NHS Modernisation Agency* au *NHS Institute for Innovation and Improvement*

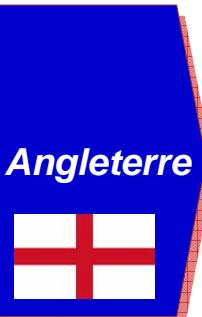
- La *NHS MA* constituée en appui de l'ambitieux programme gouvernemental d'amélioration du système de santé en 2001 : les limites d'une démarche « top-down » jugée par les établissements trop rigide et contraignante et d'une structure lourde d'appui (près de 800 personnes et 300 M€ de budget) mais des résultats notables
- La *NHS III* qui lui succède, dans le cadre du programme de rationalisation des structures administratives (Gershon's Review) :
 - une démarche **plus participative** orientée sur l'innovation, la mise en place d'un système unifié de pilotage de la performance et d'appui aux Strategic Health Authorities (« équivalent » des futures ARS mais positionnées en structures acheteuses)
 - 4 domaines principaux d'appui : la sécurité sanitaire, l'efficience, la diffusion de l'informatique (iLink), la délivrance de méthodes et d'outils d'auto-amélioration
 - l'introduction de **méthodologies du monde de l'industrie** (*Lean Management* : planification des flux)

■ Des structures d'appui dotées d'importants moyens

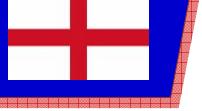
- *Agency for Health Care Research and Quality* aux E-U (recherches et appui indirect) : 300 personnes et 320 M\$ de budget
- NHS III en Angleterre : 250 personnes pour un budget de 82 M€ (dont 20% de recettes propres)
- Programme « Faster Better » aux Pays-Bas : 11 M€ de budget annuel
- Des **coopérations avec les financeurs et les centres de recherche** : coopération avec l'Université Erasmus et l'Institut privé de la Qualité des Soins (CBO) aux Pays-Bas, forte implication des universités américaines

* Sur le fondement d'une toute première analyse partielle sur trois pays (Pays-Bas, Etats-Unis, Angleterre) en cours d'approfondissement

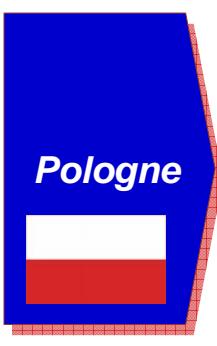
Principaux enseignements issus des expériences étrangères en matière de structure d'appui à la performance hospitalière (2/4)

Système de santé	Stratégies retenues	Structures chargées de l'efficience	Facteurs
Pays-Bas 	<ul style="list-style-type: none"> Système d'assurance privé obligatoire pour tous pour les soins de base et système de complémentaire Tarifs fixés nationalement par un organisme gouvernemental indépendant Tarifs en cours de libéralisation (34% des tarifs libéralisés en 2009) 	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la qualité, l'efficience et la sécurité pour améliorer l'efficience globale Lancer des programmes sur ces thèmes : <ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la qualité « Sneller Beter » sur la période 2004 – 2008 Réduction sur 5 ans de 50% des erreurs évitables ayant entraînées un décès, lancé en 2007 Innovation sur les produits et des services pour réduire le coût du travail et améliorer la qualité 	<ul style="list-style-type: none"> Programme pluriannuel sur l'efficience « Sneller Beter » Programme constitué d'un partenariat publique-privé regroupant financeurs, prestataires de soins et universitaires
Angleterre 	<ul style="list-style-type: none"> Système public global couvrant à la fois ville et hôpital Tarification à l'activité basée sur la méthode du coût complet Système institutionnel et de financement incitant à la modernisation et à l'efficience 	<ul style="list-style-type: none"> Passer d'une stratégie coercitive basée sur la qualité à une stratégie participative basée sur la qualité et la productivité Traiter l'efficience sur l'ensemble de la chaîne de soins «de la ville à l'hôpital » 	<ul style="list-style-type: none"> NHS Modernisation Agency chargée jusqu'en 2004 de diffuser les bonnes pratiques de façon TOP-DOWN NHS Institute for Innovation and Improvement a été créé en 2005 pour améliorer l'efficience des soins du NHS
Etats-Unis 	<ul style="list-style-type: none"> Système d'assurance privé excepté les systèmes fédéraux Medicare (+65 ans) et Medicaid Système hospitalier privé à 75%. Les hôpitaux publics sont soit fédéraux (hôpitaux militaires) soit gérés par des collectivités locales Peu de régulation fédérale et pas de direction des Hôpitaux au Ministère de la Santé 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des filières intégrées de soins liant organisation des soins et financement Développer des réseaux de soins entièrement coordonnés par le financeur Séparer l'évaluation de la qualité et celle de l'efficience Pas d'accréditation obligatoire 	<ul style="list-style-type: none"> Structures privées évaluent séparément la qualité et l'efficience Structure fédérale évaluant la performance des programmes fédéraux d'assurance médicale : les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Structure fédérale évaluant la qualité des services de santé: l'Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)

Principaux enseignements issus des expériences étrangères en matière de structure d'appui à la performance hospitalière (3/4)

	Leviers	Budget	Ressources
Pays-Bas 	<ul style="list-style-type: none"> Partage de l'information Transparence et comparaison des données Faisabilité des projets 	<ul style="list-style-type: none"> 11 Millions d'€ 	<ul style="list-style-type: none"> Recours à des consultants extérieurs
Angleterre 	<ul style="list-style-type: none"> Partage de l'information Propositions de solutions adaptées concentrées sur les activités cliniques ayant des opportunités d'amélioration significatives Diffusion des bonnes pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> NHS Modernisation Agency : 290 Millions d'€ NHS Institute for Innovation and Improvement : 82 Millions de £ (102,5 M€) dont 80% en dotation globale et 20% par la vente d'une partie des produits aux établissements NHS 	<ul style="list-style-type: none"> NHS Modernisation Agency : 765 ETP NHS Institute for Innovation and Improvement : 217 ETP et recours à des ressources internes du NHS et des consultants extérieurs
Etats-Unis 	<ul style="list-style-type: none"> Comparaison de performances Diffusion d'outils d'évaluation Diffusion de bonnes pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> Structures privées : Non chiffré CMS : 200 Millions de \$ AHRQ : 320 Millions de \$ 	<ul style="list-style-type: none"> Structures privées : soit internalisées chez les financeurs soit externalisées auprès de prestataires spécialisés CMS: recours à des consultants externes AHRQ : 300 ETP et recours à des ressources externes

Principaux enseignements issus des expériences étrangères en matière de structure d'appui à la performance hospitalière (4/4)

Système de santé	Stratégies retenues	Structures chargées de l'efficience	Facteurs
 <p>Italie</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dévolution aux régions des compétences en matière de santé Un accès équitable aux soins sur le territoire est garanti par l'Etat Les régions élaborent des plans sanitaires régionaux en correspondance avec le plan national 	<ul style="list-style-type: none"> Pas d'agence nationale chargée de l'efficience Mettre en place des projets de: <ul style="list-style-type: none"> Création d'un langage sanitaire commun avec l'identification de procédures et méthodologies homogènes pour pouvoir comparer les données Collaboration et de coordination entre l'Etat et les Régions Coordination des organismes de contrôle pour garantir l'atteinte des objectifs sanitaires et aider les Régions déficitaires 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer et contrôler le caractère approprié de l'organisation hospitalière par le biais d'incitations Transférer les cas les moins complexes vers des niveaux d'assistance plus appropriés Augmenter et requalifier l'offre d'ambulatoire
 <p>Pologne</p>	<ul style="list-style-type: none"> N/A 	<ul style="list-style-type: none"> Créer un organisme chargé de l'accréditation 	<ul style="list-style-type: none"> Le Centre de Monitoring de la Qualité de Protection de la Santé (CMJ) créé en 1994, est chargé de l'accréditation