

**RAPPORT**

**DU HAUT CONSEIL DE LA REFORME HOSPITALIERE**

**Décembre 1995**

## **HAUT CONSEIL DE LA REFORME HOSPITALIERE**

### **- Principes Généraux**

**Fiche 1 - Renforcer les droits et la participation des usagers des structures d'hospitalisation**

**Fiche 2 - Clarifier les missions de l'hospitalisation**

**Fiche 3 - Promouvoir une dynamique régionale de participation à la mission de formation initiale et continue et de recherche en santé**

**Fiche 4 - Prendre en compte les besoins sanitaires de la population**

**Fiche 5 - Créer une véritable organisation régionale sanitaire et sociale**

**Fiche 6 - Répondre aux besoins de santé en garantissant la qualité des soins**

**Fiche 7 - Contractualiser les objectifs et les moyens**

**Fiche 8 - Evaluer les résultats médicaux et économiques**

**Fiche 9 - Réorganiser les établissements publics et privés PSPH**

**Fiche 10 - Organiser les coopérations et les réseaux de soins**

**Fiche 11 - Valoriser les professionnels de l'hôpital**

**Fiche 12 - Améliorer l'efficacité des dépenses d'hospitalisation**

## AVANT-PROPOS

Au terme de cinq mois de travaux de réflexion alimentés notamment par la contribution écrite et/ou orale de nombreux professionnels et usagers de l'hospitalisation ou responsables concernés par la mise en chantier d'une réforme de l'hospitalisation, les membres du Haut Conseil de la Réforme Hospitalière proposent, à travers les fiches suivantes, les axes principaux d'une réforme donnant au Gouvernement les moyens concrets d'améliorer l'efficacité du dispositif d'hospitalisation auquel les Français sont particulièrement attachés.

La réforme hospitalière telle que proposée répond à trois objectifs principaux: recentrer le dispositif d'offre de soins d'hospitalisation autour du malade dont les besoins doivent être mieux connus et pris en compte; donner aux professionnels de l'hospitalisation, quels que soient leur statut et leurs responsabilités, les moyens de répondre efficacement aux besoins sanitaires et sociaux; améliorer l'efficacité des dépenses consacrées par la collectivité, sous quelque forme que ce soit, à l'hospitalisation.

Les fiches qui suivent rappellent ces objectifs et explicitent les moyens permettant de les atteindre. Certaines méritent d'être approfondies, notamment celles relatives à l'organisation du financement, aux modalités d'organisation des communautés hospitalières et universitaires régionales, aux moyens permettant de valoriser et de favoriser la mobilité des professionnels de l'hospitalisation; sur ce dernier thème, le Haut Conseil préconise la constitution rapide d'un groupe de travail associant pour partie ceux de ses membres qui le souhaitent.

Par ailleurs, les membres du Haut Conseil souhaitent appeler l'attention du Gouvernement sur le fait que le succès des propositions de réforme qui sont ci-après avancées, est largement conditionné par:

- l'équité dans l'effort d'adaptation et de responsabilisation clairement expliqué qui sera demandé à tous les acteurs de l'hospitalisation: tous les établissements de santé, quels qu'ils soient et quelle que soit leur taille, doivent répondre le plus rapidement possible aux objectifs fixés; par ailleurs, la mise en oeuvre dans le domaine de l'hospitalisation française d'une démarche d'assurance de la qualité implique la définition de processus de labellisation et d'évaluation tant des techniques et des installations que des professionnels eux-mêmes, quels que soient la nature et le niveau de leurs responsabilités, dans le respect des règles éthiques et professionnelles qui leur sont applicables;

- la poursuite et l'aboutissement de réflexions engagées par d'autres instances ou personnalités sur des sujets et dans un esprit convergents, notamment sur la réforme de l'Etat, en particulier la réorganisation de l'administration de la santé ou, sur un sujet plus précis tel que la réorganisation des urgences; le lancement d'une réflexion sur la formation initiale des professions médicales annoncé par le Premier Ministre devra notamment permettre d'améliorer la formation à la gestion de ces professionnels et d'assurer l'adéquation entre les besoins de santé et l'évolution de la démographie médicale. Une telle réforme doit faciliter les coopérations entre professionnels de la médecine hospitalière et de la médecine ambulatoire, au bénéfice direct des patients.

Bernard DEVULDER  
Président du Haut Conseil de la  
Réforme Hospitalière

## **PRINCIPES GENERAUX**

L'objectif prioritaire de la réforme de l'organisation de l'hospitalisation publique et privée est la satisfaction des besoins de soins des patients dans des conditions financièrement supportables pour la collectivité et permettant la sauvegarde du système d'assurance maladie. Sur l'ensemble du territoire, les patients doivent trouver des réponses adaptées à ces besoins qui respectent les impératifs de qualité et de sécurité, pour un coût individuel et social optimisé.

En conséquence, la réforme prévoit:

- 1) la définition précise et régulièrement actualisée, tant au niveau national qu'au niveau des régions, des besoins sanitaires de la population ;
- 2) une organisation régionale de l'hospitalisation impliquant une adaptation des structures de prise en charge aux besoins sanitaires de la population qui, par définition, sont évolutifs, et prenant en compte l'environnement social et l'aménagement du territoire;
- 3) la nécessaire maîtrise des coûts hospitaliers impliquant notamment l'harmonisation des modes d'allocation des ressources entre établissements publics et privés pour des prestations identiques;
- 4) une organisation structurelle de l'hospitalisation impliquant:
  - la clarification des missions de l'hospitalisation;
  - le renforcement des droits des patients et de leurs proches et une définition précise des modalités de leur participation;
  - les coopérations entre les établissements et des réseaux de soins coordonnés entre professionnels de statut public ou de statut privé;
  - l'instauration d'un dispositif d'accréditation pluriannuelle des structures hospitalières (dénommées cliniques hospitalières ou laboratoires hospitaliers), financées dans le cadre de contrats passés entre les établissements de santé et l'autorité de tutelle située au niveau régional qui sont à durée déterminée et soumis à évaluation régulière, notamment en fin d'exercice;
  - la déconcentration de la gestion jusqu'au niveau des établissements et au plus près des équipes hospitalières, dès lors que celles-ci disposent d'une masse critique adaptée, et qu'elles réalisent une activité évaluable en qualité et en quantité ;
  - la clarification des missions respectives des acteurs concernés -Etat, financeurs, collectivités territoriales, cliniques hospitalières ou laboratoires hospitaliers - permettant une organisation cohérente du dispositif, notamment au niveau régional.

## **FICHE n°1: RENFORCER LES DROITS ET LA PARTICIPATION DES USAGERS DES STRUCTURES D'HOSPITALISATION**

*Objectifs : Mieux prendre en charge les malades et leurs proches en améliorant leur accueil, leur information, la qualité de leur prise en charge, en renforçant leurs droits et en assurant leur participation à la définition des besoins généraux de santé et à l'évaluation du réseau et de la qualité des soins.*

### **1 - Renforcer les droits et informer les usagers**

- Réviser le code de la santé publique (section 1 "Droits du malade accueilli" du chap.1 - Titre VII). En particulier, le compléter sur la question du consentement en faisant référence à l'article 16-3 du code civil. Préciser que le consentement de la personne doit être recherché après que lui ait été fournie une information loyale sur son état, les investigations et les soins qui lui sont proposées. Donner mandat à un médiateur régional pour le règlement de différents.
- Confier à l'instance régionale d'organisation sanitaire et sociale -IROSS- la mission d'informer les usagers et les médecins sur les ressources sanitaires et sociales existantes, les conditions d'accès, les objectifs notamment qualitatifs par types d'activité hospitalière s'inscrivant dans le cadre des missions de l'hospitalisation, ainsi que sur les résultats des évaluations des différentes structures de soins.
- Garantir dans chaque établissement l'information détaillée des usagers sur l'organisation des cliniques hospitalières et des laboratoires hospitaliers, sur leurs droits (Charte du patient hospitalisé, Charte de l'enfant hospitalisé) et sur les moyens leur permettant de les exercer.
- Désigner un cadre supérieur de l'établissement comme interlocuteur constant des usagers. Nommer au niveau régional un médiateur qui instruit et traite les plaintes qui lui sont adressées en relation avec les comités d'usagers.

### **2 - Accroître la participation des usagers**

- Assurer la représentation des usagers au sein de l'instance régionale de l'organisation sanitaire et sociale ainsi que dans les services régionaux de l'agence nationale d'information, d'accréditation et d'évaluation médicale.
- Renforcer, au sein de chaque conseil d'administration d'établissement de santé, la représentation des personnes qualifiées et des usagers.
- Prendre en compte dans les critères d'accréditation et d'évaluation des équipes et établissements la qualité de l'information et de la participation des usagers.

### **3 - Améliorer la qualité de la prise en charge des patients**

- Les cliniques hospitalières et les laboratoires hospitaliers de même que les établissements auxquels ils appartiennent doivent veiller particulièrement aux conditions d'accueil des patients et de leurs proches, ils doivent assurer l'information sur leurs droits sociaux, inclure l'approche diététique dans la conception de soins, s'organiser pour limiter au maximum les délais d'attente, assurer le plus précolement possible la prise en charge de la douleur.
- Tous ces éléments doivent être pris en compte dans les projets soumis à accréditation et doivent figurer parmi les critères d'évaluation de la qualité des services et des soins.

## **FICHE n°2 : CLARIFIER LES MISSIONS DE L'HOSPITALISATION**

*Objectif: Redéfinir les missions remplies par les différents acteurs de l'hospitalisation dans le cadre desquelles des activités médicales cohérentes ont toutes vocation à être accréditées.*

*Chaque établissement public, privé (à but lucratif ou non) ou structure de coopération doit assumer une ou plusieurs des cinq missions suivantes:*

### **1 - mission de délivrer des prestations de soins :**

Il s'agit de prises en charge de pathologies isolées ou associées impliquant des démarches diagnostiques et thérapeutiques parfaitement codifiées ne nécessitant pas le recours à des méthodes d'investigation ou de traitement ayant un caractère innovant ou d'exception. Bien que de pratique courante, ces soins peuvent être des soins de haute technicité c'est-à-dire impliquer un coût financier particulièrement élevé du fait de l'utilisation de plateaux techniques.

Ces soins sont enseignés dans le cursus universitaire, en post-universitaire et régulièrement mis à jour dans les conférences de consensus.

### **2 - mission médico-sociale de l'hôpital dans son environnement;**

Cette mission recouvre:

- le développement des alternatives à l'hospitalisation ;
- l'organisation du retour à leur domicile des malades hospitalisés, notamment dans le cadre de filières de soins associant professionnels de santé de l'hôpital, du secteur libéral et les professionnels des services sociaux concernés;
- l'hébergement à l'hôpital des personnes en situation de précarité ou de rupture sociale dont la prise en charge relève à la fois de compétences sociales et médicales.

Pour permettre le bon accomplissement de cette mission, trois mesures concrètes sont proposées:

- mettre en place une comptabilité analytique colligeant les actions menées à titre social avec l'élaboration d'une tarification à charge de l'aide sociale des départements, dans le cadre d'un budget autonome;
- élaborer une charte d'accueil des plus démunis et un réseau de soins adapté qui fera l'objet de contrats de secteur;
- mettre en place, à titre expérimental, dans certaines régions, au niveau départemental ou sectoriel, des instances souples ayant pour mission d'analyser les conséquences des

situations de précarité sur l'état de santé des personnes concernées; ces instances rassembleront les organismes et responsables concernés.

### **3 - mission de santé publique :**

Dans le cadre des programmes publics, un établissement public, privé (à but non lucratif ou non) ou une structure de coopération peuvent être chargés de participer notamment:

- à des dispositifs de prévention ou de dépistage sanitaire;
- à des dispositifs d'éducation sanitaire;
- à la prise en charge des pathologies de dépendance (toxicomanie, alcoolisme)
- à des dispositifs de collecte d'éléments du corps humain et de ses produits.

### **4 - mission de délivrer des prestations de formation initiale et continue** des professionnels du domaine sanitaire et social accréditées par les institutions compétentes.

### **5 - mission de réaliser une activité de recherche clinique:**

Cette mission s'exerce:

- soit sur des soins innovants au bénéfice direct du patient (les protocoles et les résultats doivent être publiés et faire l'objet d'une évaluation spécifique)
- soit sur des actions sans bénéfice direct pour le patient, relevant du domaine médical ou médico-social, selon des protocoles accrédités par les organismes et les institutions compétents.

**Ces cinq missions constituent le cadre dans lequel sont réalisées les activités médicales cohérentes dont les projets, validés, font l'objet de financements spécifiés.**

## **FICHE N°3 : PROMOUVOIR UNE DYNAMIQUE REGIONALE DE PARTICIPATION DES EQUIPES HOSPITALIERES A LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE ET A LA RECHERCHE EN SANTE**

*Objectifs: Permettre à toute équipe hospitalière, quel que soit son lieu d'exercice, d'être accréditée pour ses compétences en matière de formation initiale et continue et/ou de recherche, par une Faculté de médecine disposant, au sein de l'Université d'une personnalité juridique spécifique. Cette accréditation permet à l'équipe hospitalière de participer, sur un mode contractuel, aux activités d'une Communauté hospitalière et universitaire régionale. Celle-ci remplace les Centres Hospitaliers et Universitaires.*

### **1- Mission de formation**

La formation des professionnels de santé est organisée dans le cadre de communautés nouvelles, dénommées "communautés hospitalières et universitaires régionales".

Ces communautés sont constituées par:

- une Faculté de médecine disposant, au sein de l'Université, d'une personnalité juridique spécifique lui permettant d'exercer des compétences distinctives en matière de contractualisation pour la formation ou la recherche avec les cliniques hospitalières et/ou les laboratoires hospitaliers des établissements publics de santé ou avec d'autres structures de santé et avec les organismes de recherche en santé ;
- des cliniques hospitalières, des laboratoires hospitaliers ou d'autres structures de santé, accrédités pour cette mission spécifique de formation et/ou de recherche.

Au sein des "communautés hospitalières et universitaires régionales", la Faculté de médecine et les établissements de santé comportant des cliniques hospitalières, des laboratoires hospitaliers ou d'autres structures de santé, accrédités pour des missions universitaires, conservent leur personnalité juridique et leurs organes d'administration respectifs.

Des communautés hospitalières et universitaires inter-régionales peuvent être créées.

Les Facultés de médecine organisent les formations initiale et continue des médecins (en liaison avec les professionnels en exercice) et concourent à celles des autres professionnels et personnels de santé.

La formation théorique est assurée dans le cadre des Facultés de médecine ou des structures placées sous leur autorité.

La formation pratique est assurée pour partie auprès des professionnels en exercice et pour l'essentiel dans les cliniques et/ou les laboratoires hospitaliers accrédités pour cette mission, dans des cliniques hospitalières, des laboratoires hospitaliers ou d'autres structures de santé, accrédités pour cette mission, au sein des établissements de santé.

Ces cliniques hospitalières, laboratoires hospitaliers ou autres structures de santé, accrédités pour cette mission, sont appelés "clinique hospitalière et universitaire" et "laboratoire hospitalier et universitaire".

Au sein des cliniques et laboratoires hospitaliers et universitaires, les praticiens habilités par l'autorité universitaire portent le nom de "praticiens universitaires" pendant toute la période de contractualisation qui les concerne.

Les enseignants de la Faculté de médecine, titulaires ou temporaires, sont "praticiens universitaires" es qualités.

Au sein de chaque clinique hospitalière et universitaire et de chaque laboratoire hospitalier et universitaire, un "praticien universitaire" assume la responsabilité de l'organisation des missions de formation auprès du responsable de la structure qui peut également assurer cette fonction.

Ce responsable est nommé par le Doyen de la Faculté de médecine, sur proposition conjointe du Conseil de Faculté et du Conseil de la structure accréditée pour cette mission universitaire.

Les responsables des missions de formation des différentes cliniques hospitalières ou laboratoires hospitaliers et universitaires contractantes constituent collégialement un Conseil universitaire de formation pratique hospitalière qui élit en son sein un fédérateur.

Ce fédérateur est membre de droit du Conseil de Faculté.

Les projets d'activité médicale entrant dans le cadre de la mission de formation qui sont accrédités par les Facultés de médecine génèrent pour les établissements concernés des surcoûts financiers. Ils doivent être financés dans le cadre de contrats de partenariat entre l'assurance maladie, les facultés de médecine et ces établissements hospitaliers.

Dans le cadre de la formation des autres professions de santé, notamment des pharmaciens et des odontologistes, des conventions peuvent être conclues entre leurs UFR ou établissements de formation respectifs et les "communautés hospitalières et universitaires régionales".

## **2. Mission de recherche**

Dans les établissements de santé, les missions de recherche sont organisées soit dans le cadre de contrats de recherche entre ces établissements et des organismes institutionnels de recherche, soit dans le cadre des "communautés hospitalières et universitaires régionales" précédemment évoquées, constituées par :

- une Faculté de médecine disposant, au sein de l'Université, d'une personnalité juridique spécifique lui permettant d'exercer des compétences distinctives en matière de contractualisation pour la formation ou la recherche avec les cliniques hospitalières et/ou les laboratoires hospitaliers des établissements publics de santé ou avec d'autres structures de

santé et avec les organismes de recherche en santé ;

- des cliniques hospitalières, des laboratoires hospitaliers ou d'autres structures de santé, accrédités pour cette mission de formation et/ou de recherche.

Les missions de recherche des partenaires hospitalier et universitaire de la communauté hospitalière et universitaire régionale sont définies dans le respect de leurs prérogatives institutionnelles respectives et de celles des autres partenaires associés (organismes nationaux de recherche, Instituts de recherche ...).

Au sein des cliniques hospitalières ou hospitalières et universitaires et des laboratoires hospitaliers ou hospitaliers et universitaires dont les projets entrant dans le cadre de la mission de recherche sont validés, les praticiens habilités portent le titre de "praticien de recherche", qu'ils soient de statut hospitalier ou de statut hospitalo-universitaire, pendant toute la période de contractualisation qui les concerne.

Au sein de chacune de ces cliniques hospitalières ou hospitalières et universitaires et au sein de chacun de ces laboratoires hospitaliers ou hospitaliers et universitaires, un "praticien de recherche" assume la responsabilité de l'organisation des missions de recherche auprès du responsable de la structure qui peut également assurer cette fonction.

Dans les cliniques et laboratoires hospitaliers et universitaires:

- ce responsable des missions de recherche est conjointement nommé par le Doyen de la Faculté de médecine et par le représentant de la personne morale de l'établissement hospitalier ou de la structure de coopération, après avis du Conseil de la Faculté et du conseil d'administration de l'établissement.

- les responsables des missions de recherche des différentes structures contractantes constituent un comité de recherche au sein de la "communauté hospitalière et universitaire régionale". Ils en élisent le Président qui est membre de droit du Conseil de la Faculté de médecine, ainsi que les membres qui représenteront ce comité au sein du Conseil scientifique de la "communauté hospitalière et universitaire régionale".

- les surcoûts financiers imposés à l'établissement hospitalier par les projets entrant dans le cadre des missions de recherche organisées sous tutelle hospitalière et universitaire sont assumés conjointement par la Faculté de médecine et par l'établissement de santé, notamment grâce à des crédits spécifiques de l'assurance maladie et grâce aux contributions des autres partenaires institutionnels.

Dans le cadre des missions de recherche des autres professionnels de santé, notamment des pharmaciens et des dentistes, des conventions peuvent être conclues entre leurs UFR ou établissements de recherche respectifs et les communautés hospitalières et universitaires régionales.

## **FICHE N°4 : PRENDRE EN COMPTE LES BESOINS SANITAIRES DE LA POPULATION**

*Objectifs: Organiser la mise en oeuvre des activités médicales remplies par les différents acteurs de l'hospitalisation en fonction des besoins des malades et de leur évolution telle que définie au niveau national et régional. Il s'agit notamment de faire évoluer les SROSS actuels pour organiser les activités médicales elles -mêmes par appels d'offres (\*) et donner à un schéma régional d'organisation des activités sanitaires et sociales -SROASS- un caractère opposable,*

### **1- De la mise en oeuvre d'une Loi de santé :**

Au plan national, les objectifs prioritaires de santé, les moyens nécessaires pour les atteindre ainsi que les critères de mise en oeuvre de ceux-ci sont fixés par le Parlement sur proposition du gouvernement. Les objectifs propres à l'hospitalisation, ainsi que l'évaluation des moyens régionaux à leur consacrer, figurent dans la loi de santé.

L'état d'exécution et l'évaluation de la loi de santé sont examinés chaque année par le Parlement. Le débat se fait sur la base d'un rapport remis au Parlement par le gouvernement qui tient compte des travaux conduits par une conférence permanente de la santé réunissant représentants de l'Etat, des professionnels de santé, de l'assurance maladie.

### **2- De la définition des schémas régionaux d'organisation des activités sanitaires et sociales**

Dans le cadre fixé par la loi de santé, l'instance régionale arrête, pour une durée de cinq ans, des schémas régionaux d'organisation des activités sanitaires et sociales. Ces schémas tiennent explicitement compte des spécificités régionales avérées en s'appuyant sur les données géographiques, démographiques et épidémiologiques fournies, dans chaque région, par les Observatoires Régionaux de Santé. A partir des besoins de santé et des spécificités régionales évoquées ci-dessus, les schémas régionaux d'organisation des activités sanitaires et sociales fixent, de manière quantitative, les activités médicales par secteur sanitaire ou, dans certains cas, à un niveau plus large.

Les schémas régionaux d'organisation des activités sanitaires et sociales doivent permettre :

- l'adaptation et l'évolution quantitative et qualitative de l'offre de soins hospitalière publique et privée aux besoins constatés et à leur évolution ;
- les coopérations entre professionnels hospitaliers et libéraux, de statut public ou de statut privé, dans le cadre de réseaux de soins coordonnés;

(\*): certains membres du Haut Conseil sont hostiles au principe d'"appels d'offre".

- une meilleure répartition territoriale de l'offre de soins, en conformité avec les exigences de sécurité et d'égalité d'accès aux soins en tenant compte des impératifs d'aménagement du territoire;
- les redéploiements des moyens nécessaires vers les activités et les secteurs prioritaires.

Les schémas régionaux d'organisation des activités sanitaires et sociales servent de cadre et de support à des contrats d'objectifs et de moyens passés entre les établissements ou les structures de coopération et la commission exécutive régionale de santé visée à la fiche suivante.

Si les circonstances l'exigent, la commission exécutive régionale de santé peut demander à un établissement public ou participant au service public de répondre à un besoin sanitaire non satisfait. L'établissement doit alors préciser les moyens, éventuellement par le biais de coopérations, lui permettant d'y répondre.

Les schémas régionaux d'organisation des activités sanitaires et sociales sont opposables.

## **FICHE N°5 ; CREER UNE VERITABLE ORGANISATION REGIONALE SANITAIRE ET SOCIALE**

*Objectifs: Rassembler au sein d'une instance régionale de l'organisation sanitaire et sociale - IROSS- les compétences qui concourent à l'organisation de l'hospitalisation disposant des outils nécessaires à une régulation adaptée aux besoins de la population et garantissant le respect des impératifs de qualité et de sécurité des soins.*

Dans chaque région, y compris en Ile de France, est créée une instance avec, en son sein, une commission exécutive régionale de santé.

Elles sont chargées de réguler les activités d'hospitalisation et, à terme, les activités sanitaires et sociales.

### **L'instance régionale d'organisation sanitaire et sociale-IROSS**

#### **-> Composition**

L'IROSS rassemble les représentants de l'Etat, des financeurs, des collectivités territoriales, des professionnels du monde hospitalier, public et privé, et du secteur libéral dans des conditions à préciser.

#### **-> Missions**

L'IROSS élabore, tient à jour et propose au Président de la commission exécutive régionale de santé le Schéma Régional d'Organisation des Activités Sanitaires et Sociales-SROASS.(\*) Elle s'appuie notamment sur les travaux conduits par les Observatoires régionaux de santé.

Elle donne des avis à la commission exécutive régionale de santé sur les modalités de mise en oeuvre du SROASS.

#### **-> Fonctionnement**

L'IROSS désigne son Président en son sein.

(\*): certains membres du Haut Conseil proposent de remplacer ce paragraphe par la phrase suivante:" L'IROSS est associée à la préparation du SROASS et est consultée officiellement par le Président de la commission exécutive régionale de santé sur le projet de SROASS."

## **La commission exécutive régionale de santé**

### **-> Composition**

La commission exécutive régionale de santé, présidée par le Préfet de Région, rassemble les services déconcentrés de l'Etat et les Caisses Régionales d'Assurance maladie.

### **-> Missions**

La commission exécutive régionale de santé valide les projets de réponse aux appels d'offre présentés conjointement par les responsables d'équipes hospitalières et le représentant de la personne morale de leur établissement ou du GIS auquel elles apportent leur concours.

La commission exécutive régionale de santé passe contrat dans un cadre pluriannuel avec les établissements de santé -qu'il s'agisse d'établissements publics ou participant au service public, de cliniques privées ou de structures de coopération- pour la réalisation des différentes activités hospitalières qui leur incombent.

Elle favorise la mobilité des personnels et les coopérations entre professionnels de statut public et de statut privé.

Elle assure l'information des usagers sur l'organisation hospitalière mise à leur disposition.

### **-> Moyens**

Pour exercer ses compétences, la commission exécutive régionale de santé dispose non seulement des services déconcentrés, de la CRAM et des caisses régionales des autres régimes d'Assurance Maladie, mais également de la maîtrise des ressources financières nécessaires, d'une cellule en charge des questions relatives aux restructurations hospitalières et d'un fonds d'indemnités d'aide à la mobilité.

## **Fonctionnement**

Le Préfet de Région préside la commission exécutive régionale de santé.

Le Préfet de Région est assisté d'un secrétariat général tenu par le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales et le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

Le SROASS est arrêté par la commission exécutive régionale de santé, sur proposition conforme de l'IROSS. En cas de conflits concernant la mise en oeuvre du SROASS, le Préfet décide.

### **Nota bene**

Sont supprimées:

- Les CROSS
- La Commission visée à l'article R 714-3-31 du Décret n° 92-776 du 31/07/1992 (commission mixte dite de l'"article 35")
- les CREM

## **FICHE 6 : REPONDRE AUX BESOINS DE SANTE EN GARANTISSANT LA QUALITE DES SOINS**

*Objectifs: Inciter les équipes hospitalières en liaison avec l'établissement de santé auquel elles appartiennent à s'organiser, éventuellement en coopération, pour proposer, en réponse au SROASS, des projets d'activité en fonction de normes qualitatives et économiques. Garantir ainsi l'adéquation entre les besoins et les moyens organisationnels de prise en charge.*

Dans le cadre des SROASS, la commission exécutive régionale de santé procède régulièrement à des appels d'offre par activités médicales s'inscrivant dans le cadre de l'une des cinq missions de l'hospitalisation.

Le projet de réponse à un appel d'offres doit être déposé conjointement par le praticien coordinateur du projet et le représentant de l'établissement de santé ou des établissements de santé concerné(s), après accord du conseil d'administration (\*)(\*\*).

Tout projet de réponse à l'appel d'offres doit être validé par la commission exécutive régionale de santé pour être pris en compte es qualités dans le contrat d'objectifs et de moyens passé entre la commission exécutive régionale de santé et le représentant de l'établissement de santé.

Pour obtenir cette validation de la commission exécutive régionale de santé, le projet doit:

- recevoir de celle-ci un avis de conformité avec le SROASS;
- bénéficier d'une accréditation de l'agence nationale d'information, d'accréditation et d'évaluation médicale -ANIADEM.

### **Du contrôle de conformité au SROASS**

Destinataire du projet, la commission exécutive régionale de santé vérifie la compatibilité du projet avec le SROASS, notamment au regard des impératifs d'aménagement du territoire existants et définis par l'IROSS.

Si le projet est conforme au SROASS, la commission exécutive régionale de santé le transmet aux services de l'agence nationale d'information, d'accréditation et d'évaluation médicale qui décidera ou non d'accréditer la clinique hospitalière ou le laboratoire hospitalier.

Si le projet n'est pas conforme en l'état au SROASS, la commission exécutive régionale de santé informe les postulants concernés qu'ils doivent établir un projet de coopération avec d'autres postulants ou revoir leur propre projet. A défaut, le projet est rejeté.

(\*): certains membres du Haut Conseil souhaitent ajouter:"lequel s'assure de la conformité de ce projet avec le projet d'établissement".

(\* \*): certains membres du Haut Conseil souhaitent remplacer cette phrase par:"Le projet de réponse à un appel d'offres de l'IROSS doit être déposé par le praticien coordinateur du projet dûment mandaté par le ou les établissement(s) de santé concerné(s)".

## **Vérification de la qualité des prestations par l'accréditation**

Pour être accrédité par l'agence nationale d'information, d'accréditation et d'évaluation médicale, un projet (du secteur, de l'inter-secteur ou de la région) doit répondre aux critères nationaux définis par l'ANLADEM. Ces critères portent au minimum sur les aspects suivants:

- respect de normes techniques et de bonne pratique médicale,
- adéquation entre l'activité envisagée et les moyens humains, techniques et financiers prévus,
- définition de critères d'évaluation de l'activité médicale réalisée par l'équipe hospitalière,
- mise en'place de référentiels permettant de connaître les coûts de l'activité,
- habilitation des membres de l'équipe hospitalière,
- pertinence de l'organisation de la structure (qu'il s'agisse d'une clinique hospitalière ou d'un laboratoire hospitalier) formalisée par un règlement intérieur.

L'instruction par l'ANIADEM est faite sur pièces et sur place. Ses services missionnent des experts indépendants pour vérifier que les engagements de qualité sont bien conformes aux critères nationaux définis par elle.

Si les conditions sont remplies, l'agence nationale d'information, d'accréditation et d'évaluation médicale accrédite le projet pour une durée de cinq ans.

La décision de l'agence nationale d'information, d'accréditation et d'évaluation médicale est notifiée par la commission exécutive régionale.

## **Des structures conformes au SROASS mais non accréditées:**

Dans le cas où, en réponse à un appel d'offres, un projet s'avère conforme au SROASS mais ne bénéficie pas d'une accréditation, le contrat passé entre la commission exécutive régionale de santé et la personne morale de l'établissement de santé concerné précisera les conditions et les délais dans lesquels les cliniques et les laboratoires hospitaliers porteurs de ce projet devront impérativement répondre aux critères d'accréditation ou se reconvertis, éventuellement en s'associant avec d'autres structures pour répondre à d'autres besoins; à défaut, ils seront redéployées.

## **FICHE N° 7: CONTRACTUALISER LES OBJECTIFS ET LES MOYENS**

*Objectifs: Doter les établissements de santé et leurs équipes hospitalières dont les projets de réponse aux appels d'offre de l'IROSS ont été validés d'un outil financier et juridique souple (pluriannualité), transparent (évaluation) et responsabilisant (délégation de responsabilités) leur permettant de répondre aux besoins de la population. Doter les établissements de santé des moyens leur permettant d'adapter, de reconvertis ou de redéployer les cliniques et les laboratoires hospitaliers dont les projets n'ont pas été validés.*

### **Du champ du contrat:**

L'établissement de santé et la commission exécutive régionale de santé passent un contrat d'objectifs et de moyens qui couvre obligatoirement toutes les cliniques hospitalières et les laboratoires hospitaliers.

A titre temporaire, les cliniques et laboratoires hospitaliers concernés par des projets conformes au SROASS mais non accrédités seront financés par le contrat. Ce contrat précisera alors les délais et les conditions dans lesquels ces structures devront répondre aux critères d'accréditation, se reconvertis en interne ou en s'associant avec d'autres cliniques hospitalières ou laboratoires hospitaliers; à défaut, elles seront redéployées.

Lorsqu'il s'agit d'une activité réalisée dans le cadre de la mission de soins, une clinique hospitalière ou un laboratoire hospitalier interne à un établissement de santé ne peuvent être concernés que par un seul contrat. Ceci n'exclut pas pour elle la possibilité de disposer de collaborateurs externes.

En revanche, les cliniques et les laboratoires hospitaliers peuvent être concernés par plusieurs contrats relatifs aux quatre autres missions de l'hospitalisation (fiche 2).

### **Procédure**

Le représentant de la personne morale d'un établissement de santé autre qu'une structure de coopération doit intégrer chaque projet validé de clinique hospitalière et/ou de laboratoire hospitalier dans le contrat d'objectifs et de moyens qu'il négocie, en accord avec les coordinateurs de la structure concernée, avec la commission exécutive régionale. Chaque projet validé fait en effet l'objet d'un contrat interne entre le représentant de l'établissement de santé et le coordinateur de la clinique hospitalière ou du laboratoire hospitalier concernés; chacun de ces contrats internes figurera dans le contrat d'établissement (\*).

Lorsque le contrat d'établissement est établi, le représentant de la personne morale doit, à l'intérieur de l'établissement de santé, déléguer aux coordinateurs des cliniques ou laboratoires hospitaliers tous moyens permettant la mise en oeuvre du projet validé, conformément aux clauses contenues dans le contrat interne.

(\*): certains membres du Haut Conseil souhaitent ajouter la phrase suivante: "ce contrat d'établissement est co-signé par le représentant de la personne morale et les représentants des équipes hospitalières concernées par les projets validés".

La commission exécutive régionale de santé peut à tout moment vérifier que l'activité réalisée par les équipes hospitalières reste en conformité avec le projet tel qu'il a été validé par elle.

## **Méthode**

Le budget des établissements publics et privés PSPH fait apparaître distinctement les budgets spécifiques des différentes structures hospitalières et notamment de celles -cliniques ou laboratoires hospitaliers- dont les projets ont été validés.

A terme, il apparaîtra logique que la totalité des établissements de santé soient soumis à cette obligation.

Dans le cas de coopérations, chaque année, le conseil d'administration de chaque établissement en liaison avec les responsables concernés, évalue les moyens alloués au contrat pluriannuel dont bénéficie la structure de coopération.

## **FICHE N°8 : EVALUER LES RESULTATS MEDICAUX ET ECONOMIQUES**

*Objectifs : Donner aux professionnels et aux tutelles les outils méthodologiques permettant une régulation de l'offre de soins fondée sur la prise en compte de critères techniques, médicaux éthiques et économiques définies par une structure nationale indépendante.*

### **Transformation de l'Agence Nationale De l'Evaluation Médicale (ANDEM) en établissement public dénommé Agence Nationale d'Information, d'Accréditation et De l'Evaluation Médicale (ANIADEM) (\*)**

L'agence nationale d'information, d'accréditation et de l'évaluation médicale a pour missions de définir les critères éthiques et scientifiques de bonnes pratiques médicales, de définir et de tenir à jour les méthodes d'information médicalisée et de veiller à la cohérence des méthodes d'évaluation des procédures contractuelles par l'habilitation d'experts nationaux ou la notification d'organismes ad hoc.

L'ANDEM doit être transformée en un établissement public. Son financement et les statuts fondateurs de cet établissement public devront garantir son indépendance.

#### **Procédure d'évaluation**

Les équipes publiques ou privées concernées par la réalisation d'un projet validé et bénéficiant de ce fait des moyens prévus dans le contrat d'objectifs et de moyens passé entre la commission exécutive régionale et l'établissement de santé, font l'objet d'une évaluation périodique par les experts habilités par l'agence nationale d'information, d'accréditation et d'évaluation médicale.

Cette évaluation porte sur la vérification régulière du respect:

- des procédures d'assurance de la qualité, notamment grâce à des échantillonnages de dossiers rendus anonymes ;
- des critères économiques relatifs aux soins mis en oeuvre grâce à l'examen d'échantillons de dossiers rendus anonymes et à leur comparaison à des référentiels régionaux et nationaux.

L'agence nationale d'information, d'accréditation et d'évaluation médicale reçoit, à sa demande, toutes les informations médicales et économiques relatives à son domaine de compétence. Elle les transmet aux services d'Assurance Maladie concernés. Ceux-ci doivent, dans des délais aussi rapides que possible, être en mesure de proposer un chaînage des dossiers des patients.

(\*): certains membres du Haut Conseil estiment que les fonctions d'accréditation et d'évaluation doivent être assumées par deux organismes différents, celui assurant la mission d'évaluation pouvant également gérer l'information médicale.

Celui-ci implique le développement d'une médicalisation des systèmes d'information grâce notamment aux outils actuellement expérimentés (RSS du MSI, codage des actes, grilles CNAMTS de comparaison des services).

La confidentialité des informations est garantie par le respect des dispositions législatives et déontologiques en vigueur.

### **Conséquences de l'évaluation**

L'adaptation des moyens aux variations d'activités tout comme les modifications du champ du contrat et/ou des moyens alloués en cas de non respect des engagements initiaux constatés par l'évaluation régulière sont prévus dans le contrat et ont des incidences budgétaires .

## **FICHE N°9 : REORGANISER LES ETABLISSEMENTS PUBLICS OU PRIVÉS PSPH**

*Objectif: Réorganiser l'hôpital dans le sens d'un renforcement de la participation des équipes soignantes tant à la planification des activités médicales cohérentes qu'à la définition régulière des modalités de gestion quotidienne permettant de les réaliser. Rendre plus opérationnels les conseils d'administration des établissements publics hospitaliers en modifiant leur composition.*

Au sein des établissements de santé, les activités hospitalières sont organisées sur la base de cliniques hospitalières et de laboratoires hospitaliers. Chacune de ces structures constitue une communauté de projet portée par une équipe hospitalière qui prend en charge une activité médicale cohérente; elle est dotée de moyens humains, matériels et financiers nécessaires à la mise en œuvre de sa mission.

De masse critique suffisante, cette clinique ou ce laboratoire hospitalier sont dirigés par un coordinateur, praticien titulaire d'une délégation de responsabilités et de gestion dont le mandat est fixé par le conseil d'administration de l'établissement de santé.

### **De l'organisation institutionnelle de la participation des professionnels de l'hospitalisation à la gestion des établissements de santé:**

Chaque coordinateur de clinique ou de laboratoire hospitalier est assisté d'un conseil de structure. Celui-ci se substitue au conseil de service. Ses membres sont désignés dans les conditions fixées par le règlement intérieur.

L'ensemble des coordinateurs des cliniques et des laboratoires hospitaliers siègent au sein d'un conseil médical de gestion placé auprès du directeur de l'établissement.

Ce conseil médical de gestion:

- élit son président en son sein; celui-ci siège au conseil d'administration avec voix consultative,
- prépare le projet médical de l'établissement et délibère sur les mesures d'organisation médicale communes qui en résultent, dans leurs aspects techniques comme financiers,
- se prononce sur les autres aspects du projet d'établissement ainsi que sur les travaux des parties communes, sur le projet de budget et sur les comptes de l'établissement.

Par ailleurs, un comité médical consultatif composé de représentants élus des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques émet un avis sur:

- la révision des effectifs médicaux,
- le bilan social, le plan de formation et les modalités de mise en œuvre d'une politique

d'intéressement au sein de l'établissement

- le projet d'établissement et sa conformité avec le projet médical.

Le Doyen de la Faculté de Médecine ou son représentant font partie des qualités du conseil médical de gestion et du comité médical consultatif de tout établissement qui comporte en son sein une ou plusieurs clinique(s) hospitalière(s) et/ou un ou plusieurs laboratoire(s) hospitalier(s) accrédité(s) au titre de la mission universitaire de formation et/ou de recherche.

Chaque Président de l'une de ces deux instances -conseil médical de gestion, comité médical consultatif- est membre de droit de l'autre et y a voix consultative.

Au moins une fois par an, sont réunis les membres du conseil médical de gestion et ceux du comité médical consultatif, sous la co-présidence des Présidents de ces deux instances.

Dans les établissements publics, le Président du comité médical consultatif siège au sein du conseil d'administration de l'établissement avec voix délibérative, et le Président du conseil médical de gestion avec voix consultative.

Chaque fois qu'un établissement de santé participe à une structure de coopération, un praticien représentant cette structure siège au conseil d'administration de cet établissement.

#### **Procédures internes visant à renforcer la responsabilisation et la participation des personnels et des professionnels à la vie de l'établissement de santé:**

Le conseil d'administration de l'établissement et/ou de la structure de coopération organise:

- le vote du budget initial et du compte administratif par clinique ou laboratoire hospitalier ;
- les modalités de délégation de responsabilité.

#### **De la composition des conseils d'administration des établissements publics hospitaliers:**

Les membres du conseil d'administration dans les établissements publics hospitaliers sont constitués en trois collèges:

- Le premier collège est composé d'élus, représentants du Conseil Général, du Conseil Régional et de la commune, siège de l'établissement public.

Pour les hôpitaux généraux, la majorité des membres de ce collège est composée de membres du Conseil Général.

Pour les Centres Hospitaliers Régionaux, la majorité des membres de ce collège est composée de membres du Conseil Régional.

Pour les hôpitaux locaux, la majorité des membres de ce collège est composée de représentants du conseil municipal.

- Le deuxième collège est composé de représentants du personnel, à parité entre les représentants du personnel non médical et les représentants du personnel médical. Figurent de droit le Président du comité technique d'établissement et le Président du comité médical consultatif.
- Le troisième collège est composé de personnes qualifiées désignées par le Préfet de Région pour l'intérêt qu'elles portent aux problèmes de santé. Le tiers des membres de ce collège est constitué de représentants des usagers.

Font en outre partie du conseil d'administration, avec voix consultative:

- le Directeur de l'établissement,
- le Président du conseil médical de gestion,
- le représentant du conseil d'administration de la caisse d'assurance maladie de la circonscription dans laquelle est implanté l'établissement, au titre des assurés sociaux,
- le Doyen de la faculté de médecine ou son représentant, lorsque l'établissement de santé dispose en son sein d'au moins une clinique ou laboratoire hospitalier accrédité(e) dans le cadre de la mission universitaire de formation et/ou de recherche.

Le conseil d'administration de chaque établissement public ou privé PSPH élit son Président en son sein.

## **FICHE N°10: ORGANISER LES COOPERATIONS ET LES RESEAUX DE SOINS**

### **Du Groupement d'Intérêt Sanitaire, structure juridique de coopération public et/ou privé:**

*Objectifs: Définir une structure juridique permettant véritablement de faciliter les coopérations entre professionnels de santé de statuts différents et permettant l'évaluation médicale et économique par les services ad hoc des activités médicales réalisées ainsi en réseau.*

Le GIS, structure de coopération, est un établissement de santé.

Il est doté d'une personne morale pour être apte à assumer une responsabilité médicale et économique vis à vis des tutelles et des patients.

Cette responsabilité s'exerce obligatoirement dans le cadre d'une activité médicale et des missions telles que définies plus haut.

Cette coopération peut concerner:

- des moyens matériels, humains et financiers mis à disposition par des structures de droit public ou privé PS PH,
- des professionnels de santé libéraux à titre individuel,
- des moyens matériels et humains mis à disposition par des structures de droit privé ou des associations à but non lucratif.

Cette structure ne doit pas disposer de personnels salariés directement par elle, mais seulement de personnels salariés mis à disposition pour la réalisation du contrat par d'autres structures publiques ou privées ou directement salariés à titre individuel par les médecins libéraux qui y participent.

La responsabilité médicale et économique est fixée dans la convention constitutive du GIS.

Le règlement intérieur du GIS décline les responsabilités internes des structures ou des personnes participantes.

Le conseil d'administration est composé des représentants des personnes morales des établissements publics ou privés participant au GIS et des responsables des équipes médicales regroupées au sein de ce GIS. Le conseil d'administration élit son Président en son sein.

Les participants individuels sont représentés au conseil d'administration selon des modalités définies par la convention constitutive.

## **FICHE N°11 : VALORISER TOUS LES PROFESSIONNELS DE L'HOSPITALISATION**

*Objectifs: Intéresser les professionnels de l'hospitalisation à la réalisation du projet de la structure hospitalière à laquelle ils participent, les valoriser en leur confiant de nouvelles responsabilités et en renforçant leur participation à la gestion de la structure et à celle de leur établissement de santé et favoriser leur mobilité en facilitant les coopérations entre professionnels de statuts différents, au niveau régional comme au niveau inter-régional.*

Sans déroger aux dispositions statutaires relatives aux professionnels de l'hospitalisation notamment ceux relevant de la fonction publique, certaines pistes sont ici avancées:

### **De la qualification des professionnels de l'hospitalisation:**

Certaines qualifications ne sont délivrées qu'après inscription sur une liste d'aptitude nationale. Il en est notamment ainsi des coordinateurs des cliniques ou laboratoires hospitaliers.

Les professionnels peuvent se voir attribuer le titre de "référent" dans le cadre de l'exercice après validation d'une pratique et d'une formation complémentaire. Ce titre, délivré temporairement, peut être renouvelé après évaluation.

### **Des professionnels de l'hospitalisation et des contrats.**

Les contrats prévoient :

- le nombre et la qualification des emplois nécessaires à l'accomplissement de l'activité prévue, ainsi que leur variation en fonction de l'évolution de celle-ci;
- les modalités de mises à disposition des structures validées par les établissements publics ou privés de santé;
- les modalités d'évaluation des professionnels de l'hospitalisation mis à disposition;
- les modalités de redéploiement des emplois ainsi que de mobilité des personnels mis à disposition.

Dans les GIS, les contrats prévoient également les emplois relevant de la fonction publique mis à disposition des structures validées. Si la structure validée relève exclusivement d'un ou de plusieurs établissements publics, cette structure ne peut disposer que de personnels relevant de ces établissements.

## **De l'intéressement des professionnels de l'hospitalisation à la réalisation des objectifs contractuels:**

Chaque contrat prévoit pour la structure validée des avantages collectifs (\*) liés à la réalisation des objectifs.

Le contrat interne passé entre le représentant de l'établissement de santé et le coordinateur de la structure validée en précise les modalités.

Le conseil d'administration, le comité technique d'établissement et le comité médical consultatif ont à connaître des modalités d'intéressement des professionnels de l'hospitalisation.

## **De la participation accrue des professionnels de l'hospitalisation :**

Les professionnels de l'hospitalisation sont assurés d'une représentation, non seulement dans le conseil d'administration de chaque établissement public et privé selon les modalités prévues à la fiche 9 et dans les instances visées à la fiche 9, mais également:

- au sein du conseil d'administration de chaque GIS;
- au sein de l'instance régionale d'organisation sanitaire et sociale;
- au sein de la Conférence Permanente de la Santé.

## **De la désignation des coordinateurs de projet d'activité médicale:**

Le coordinateur d'un projet d'activité médicale est un praticien. Dans les établissements publics, il peut être soit le chef d'un service de masse critique adaptée soit une personne mandatée par différents chefs de services déterminés à travailler ensemble pour porter un projet de réponse à l'appel d'offres de l'IROSS, conjointement avec le représentant de l'établissement de santé auprès de la commission exécutive régionale de santé.

Il est choisi sur la base de ses compétences médicales mais aussi de gestionnaire et d'organisateur; il est inscrit à ce titre sur une liste d'aptitude nationale.

## **De la nomination des responsables dans les établissements publics et dans les GIS**

- Dans les établissements publics :

Les Directeurs et les coordinateurs des cliniques et laboratoires hospitaliers sont nommés par la même autorité, sur proposition du conseil d'administration de l'établissement de santé et après inscription sur des listes d'aptitude nationale spécifiques.

(\*): certains membres du Haut Conseil souhaitent ajouter après collectifs: "et individuels"

Deux procédures sont envisageables: nomination par le Ministre compétent ou par le Préfet de Région.

- Dans les GIS:

Le conseil d'administration examine les modalités de son organisation interne. Le praticien coordinateur est nommé selon les mêmes modalités que le praticien coordinateur de clinique hospitalière ou de laboratoire hospitalier. Il doit figurer sur une liste d'aptitude nationale.

**De la mobilité des professionnels de l'hospitalisation publique:**

Elle doit être favorisée au niveau régional par la cellule chargée des questions relatives aux restructurations qui devra pour ce faire veiller à l'organisation des concours de recrutements, à l'information des vacances d'emplois et des recrutements qui sont effectués par les établissements publics de santé, selon les dispositions des statuts particuliers. Elle dispose notamment d'un fonds d'indemnités d'aide à la mobilité.

Les établissements mettent les personnels à disposition des structures validées.

La nomination dans un établissement garantit aux professionnels le droit à un emploi dans l'un des établissements du secteur correspondant ou de la région correspondante, en cas de suppression d'emploi dans le cadre de la modification d'un contrat ou de son renouvellement, ou d'une variation d'activité.

**De l'évaluation des professionnels de l'hospitalisation**

Tous les professionnels de l'hospitalisation doivent être soumis à évaluation régulière, quelles que soient leurs fonctions.

Pour les Directeurs d'établissement, il conviendra de généraliser les procédures actuelles d'évaluation, tous les cinq ans, des directeurs de centres hospitaliers régionaux

Les membres de l'équipe hospitalière seront évalués au terme de la période de validation de la clinique hospitalière, du laboratoire hospitalier ou du GIS à laquelle ou auquel ils appartiennent, selon les critères définis dans le projet soumis à accréditation par l'ANIADEM.

**Des professionnels de statut privé**

Le statut des personnels de statut privé est régi par les règles spécifiques qui les concernent.

## **FICHE N°12 : AMELIORER L'EFFICACITE DES DEPENSES D'HOSPITALISATION**

*A ce stade de sa réflexion, le Haut Conseil de la réforme Hospitalière préconise ici quelques pistes de réflexion qu'il n'est pas en mesure de préciser davantage, dans l'attente d'informations complémentaires concernant les autres volets de la réforme de la protection sociale.*

### **De l'équilibre entre recettes et dépenses au niveau national:**

Au niveau national, le Ministère compétent et l'assurance maladie ont connaissance des recettes et des dépenses de santé de l'exercice précédent et fixent des objectifs quantifiés hospitaliers publics et des objectifs quantifiés d'exercice libéral. L'équilibre entre recettes et dépenses doit être annuellement réalisé.

La réalisation des objectifs quantifiés et l'équilibre des recettes et des dépenses sont contrôlés par le Parlement lors du débat annuel, notamment sur la base des travaux réalisés par la conférence permanente de la santé.

### **Du financement des activités au niveau régional**

Au niveau régional, la commission exécutive régionale de santé dispose des éléments pour les activités et les dépenses qui la concernent. Sous réserve des péréquations régionales dont elle est informée par le Ministère compétent, l'équilibre budgétaire doit être annuellement réalisé.

### **Des péréquations régionales:**

Chaque année, le Gouvernement propose dans son rapport au Parlement une modulation de l'affectation des budgets d'hospitalisation aux instances régionales d'organisation sanitaire et sociale en fonction de critères qui tiennent compte de l'évolution des données démographiques, épidémiologiques, économiques de chaque région et des nécessaires transferts financiers dus aux prises en charge, dans une région donnée, de populations externes à celle-ci.

### **La règle de fongibilité:**

Les budgets directement affectés à un établissement public ou privé PSPH, ainsi que ceux qui sont affectés aux GIS sont arrêtés par la commission exécutive régionale de santé.

Les budgets directement affectés à un établissement public ou privé PSPH varient dans le cadre d'un objectif quantifié régional d'hospitalisation.

Les budgets intégralement affectés à des structures privées sont arrêtés par la commission exécutive régionale de santé et varient dans le cadre d'un objectif quantifié régional.

A terme, un objectif quantifié régional couvrira l'ensemble des activités de santé. La règle de fongibilité s'appliquera donc :

- aux activités ambulatoires et d'hospitalisation,
- aux activités d'hospitalisation tant publique que privée (honoraires médicaux compris).

#### **Du financement des cliniques hospitalières, des laboratoires hospitaliers et des GIS:**

La responsabilité de gestion est exercée, lorsqu'il s'agit de GIS par son coordinateur, lorsqu'il s'agit d'une clinique hospitalière ou d'un laboratoire hospitalier par son coordinateur, dans le respect de la cohérence de l'établissement et dans les conditions fixées par le contrat.

Le budget d'une clinique hospitalière, d'un laboratoire hospitalier ou d'un GIS prévoit:

- le budget de structure correspondant aux charges fixes (locaux, équipements, entretien...). Celui-ci est forfaitisé et accordé pour une période pluriannuelle. Il tient compte des impératifs d'aménagement du territoire.
- le budget d'activité lié à celle-ci. Il est soit forfaitisé par prise en charge, soit présenté sous la forme d'une somme d'actes côtés à la nomenclature.

Dans l'hypothèse où une clinique hospitalière ou un laboratoire hospitalier présenteraient en cours d'exercice un écart significatif par rapport à leurs objectifs d'activité, le représentant de la personne morale concernée, après avis du conseil médical de gestion, doit en référer à la commission exécutive régionale de santé qui prendra les dispositions adéquates en conformité avec le SROASS.

Dans l'hypothèse où un GIS présenterait en cours d'exercice un écart significatif par rapport à ses objectifs d'activité, le conseil d'administration doit en référer à la commission exécutive régionale de santé qui prendra les dispositions adéquates en conformité avec le SROASS.

Le budget d'activité doit concerner des activités comparables selon des indicateurs régionaux et nationaux. La prise en charge est déclarée pertinente lorsque les conditions de sécurité et de qualité sont respectées et lorsque le coût unitaire des prises en charge des patients reste dans les limites prévues par le contrat par rapport aux indicateurs. Ces règles et critères sont communs, quel que soit le mode d'exercice des participants .

Le contrat interne de l'établissement de santé doit déterminer, pour chaque clinique hospitalière ou laboratoire hospitalier, les règles d'intéressement.

Les cliniques hospitalières, les laboratoires hospitaliers et les GIS sont donc ainsi clairement informés du budget dont ils disposent et réalisent les arbitrages entre postes budgétaires dans le cadre de ce budget.

## **Du financement des structures ne répondant pas aux critères d'accréditation**

Pour l'établissement de santé, ce financement fait l'objet d'un contrat spécifique inclu dans le contrat d'établissement.

## **Des outils d'aide au financement**

Les établissements de santé doivent disposer d'une comptabilité analytique faisant apparaître le coût de chacune des activités médicales réalisées dans le cadre d'un projet validé et des autres activités et s'appuyer sur les données issues de la Médicalisation des Systèmes d'Information -MSI- et de données qualitatives complémentaires notamment celles mises au point à travers l'expérience CNAMTS.

## **GLOSSAIRE**

### **Accréditation:**

Procédure externe à un établissement, volontaire, visant à contrôler la conformité d'un projet d'activité médicale porté par une structure hospitalière aux critères suivants: respect de normes techniques et de bonne pratique médicale, adéquation entre l'activité envisagée et les moyens matériels, humains et financiers prévus, définition de critères d'évaluation, mise en place de référentiels permettant la connaissance des coûts de l'activité, pertinence de l'organisation formalisée par un règlement intérieur.

Cette accréditation est délivrée par l'agence nationale d'information, d'accréditation et d'évaluation médicale.

### **Activité médicale cohérente :**

Activité réalisée au sein d'un établissement public ou privé ou non, se référant soit à des moyens de prise en charge diagnostique ou thérapeutique, soit à des groupes de pathologies ou d'organes. Ces activités sont définies et leur prise en charge est organisée dans le schéma régional d'organisation des activités sanitaires et sociales.

### **Assurance de la qualité :**

Démarche organisationnelle précisant la mise en oeuvre de moyens matériels et humains dans le but d'atteindre des objectifs médicaux précisés sur le plan qualitatif et quantitatifs figurant dans le contrat qui accompagne l'accréditation.

### **Budget de structure:**

Budget correspondant à tous les frais fixes.

### **Budget d'activité :**

Budget correspondant à tous les frais variables directement liés aux indicateurs d'activité.

### **Clinique hospitalière ou laboratoire hospitalier.**

Il s'agit d'une entité de masse critique adaptée (selon les cas, service ou regroupement de services) dont les membres -à la fois professionnels de santé et administratifs- concourent à la prise en charge d'une activité médicale cohérente.

### **Clinique hospitalière et universitaire ou laboratoire hospitalier et universitaire:**

Il s'agit d'une clinique hospitalière ou d'un laboratoire hospitalier qui disposent d'un contrat de formation et/ou de recherche en liaison avec une Faculté de médecine.

### **Communauté hospitalière et universitaire:**

Elle est constituée par une Faculté de médecine disposant, au sein de l'Université, d'une personnalité juridique spécifique et par des cliniques hospitalières, des laboratoires hospitaliers ou d'autres structures d'hospitalisation accréditées pour ces missions universitaires de formation et/ou de recherche.

**Contrat:**

Document co-signé par la commission exécutive régionale de santé d'une part, et le représentant de la personne morale de l'établissement de santé quel qu'il soit et le postulant du projet d'autre part; il précise les engagements de chacun, les critères d'évaluation des activités, ses modalités et ses conséquences.

**Coo<sub>rdi</sub>aate<sub>uc</sub>**

Responsable d'une structure hospitalière validée; il signe le contrat interne concernant cette structure avec le représentant de l'établissement de santé. Il fait partie du conseil médical de gestion.

**Equipe hospitalière**

Equipe composée de personnels administratifs, médicaux, para-médicaux, administratifs et techniques qui prend en charge une activité médicale cohérente.

**Evaluation:**

Vérification de la réalisation des objectifs fixés dans le contrat en fonction de critères déterminés au moment de l'accréditation et rappelés dans le contrat.

**Habilitation:**

Accord donné par l'autorité compétente à une personne pour assumer des responsabilités dans le cadre d'une activité hospitalière cohérente et faisant référence à un engagement professionnel de formation et à la validation régulière de cette formation.

**Schéma régional d'organisation des activités sanitaires et sociales:**

Document élaboré par l'instance régionale d'organisation sanitaire et sociale précisant les besoins sanitaires et sociaux d'une région auxquels les différents acteurs de santé sont invités à répondre dans le cadre d'une procédure d'appels d'offre. Ce SROASS, qui remplace le SROSS, est opposable.

**Validation:**

Elle est délivrée par la commission exécutive régionale de santé aux structures hospitalières dont le projet d'activité a été reconnu conforme avec le SROASS par la commission exécutive régionale de santé et accrédité par les services régionaux de l'Agence nationale d'information, d'accréditation et d'évaluation médicale. Toute structure hospitalière validée disposera dans le cadre du contrat passé entre la commission exécutive régionale de santé et l'établissement de santé des moyens notamment financiers lui permettant de réaliser son activité.