



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2022-2023

UEC 5

Santé publique et économie en santé

Organisation et financement des établissements hospitaliers

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de L.MOLINIER présenté le 24/01/2023.

Organisation et financement des établissements hospitaliers

I. Introduction

- Les entreprises du secteur sanitaire
 - o Taille et statut variable
 - o Du cabinet privé à l'hôpital universitaire
 - o Soins ambulatoires/soins hospitaliers
- Les établissements hospitaliers
 - o Classification : statut juridique, financement, spécialisation
 - o Mission principale : soins aux malades, +/- enseignement et recherche
 - o Formes de prise en charge diversifiées : hospitalisation partielle, HAD...
 - o Contrôle de l'état : offre et organisation des soins (DGOS → Direction Général de l'Offre de Soins)
 - o 3 008 établissements, 471 313 lits et places, 4,6% population active

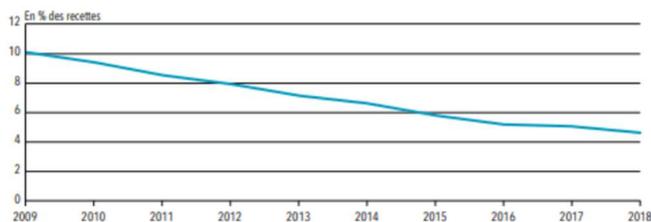
II. Fonctionnement et démarches budgétaires des établissements de santé

a. Les réformes

- 1983 : Tarif journalier
- 1983 : Forfait journalier et mise en place de la Dotation Globale de Financement (DGF) dans le secteur hospitalier public
- 1991 : Evaluation et analyse de l'activité par les établissements, PMSI (vu plus tard dans le cours)
- 1996 : Plan « Juppé-Barrot » avec le vote du budget global de l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie, vu plus tard), création des ARH (qui deviendra ARS) et de l'ANAES (qui deviendra HAS)
- 2004 : Plan « Hôpital 2007 » avec un nouveau mode de calcul du budget hospitalier directement lié à la production réelle (T2A)
- 2009 : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
- 2016 : Loi de modernisation du système de santé
- 2018 : Stratégie de transformation du système de santé (Ma Santé 2022)
- 2020 : Ségur de la Santé

b. Des établissements de plus en plus endettés

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics depuis 2009



Note > Dans les éditions précédentes de cet ouvrage, les chiffres présentés étaient calculés en % du chiffre d'affaires et non en % des recettes comme l'indiquait la légende. Les chiffres ont été corrigés.

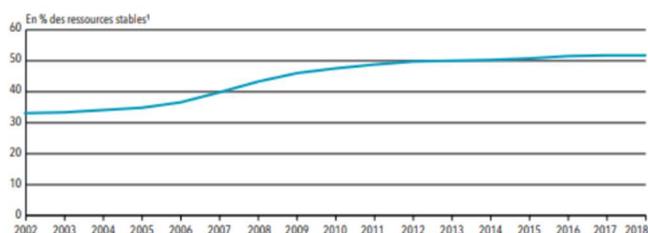
Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

En 2018, les investissements des hôpitaux publics représentaient 3,7 milliards d'€

En 2018, l'encours de la dette des hôpitaux publics était estimé à 29,5 milliards €, (29,7 milliards € en 2017)

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics depuis 2002



1. Les ressources stables sont constituées des capitaux propres et des dettes financières.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

c. Un cadre budgétaire contraint : l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM)

ONDAM	PIB
En 2013, ONDAM: +2,70% → 1,1 Md€ de mesures d'économies	+0,58%
En 2014, ONDAM: +2,60% → 2,4 Md€ de mesures d'économies	+0,96%
En 2015, ONDAM: +2,05% → 3,2 Md€ de mesures d'économies	+1,11%
En 2016, ONDAM: +1,75% → 3,4 Md€ de mesures d'économies	+1,10%
En 2017, ONDAM: +2,10% → 4,1 Md€ de mesures d'économies	+2,26%
En 2018, ONDAM: +2,30% → 4,2 Md€ de mesures d'économies	+1,72%
En 2019, ONDAM: +2,50% → 3,9 Md€ de mesures d'économies	+1,30%
En 2020, ONDAM: +9,40% (+2,45% → 4,2 Md€ de mesures d'économies)	-7,90%
En 2021, ONDAM: +7,40% (+2,90% → mesures d'économies)	+7,0%
En 2022, ONDAM: +5,40% (Ségur, crise sanitaire, ↗ point d'indice)	+2,6%
En 2023, ONDAM: +3,7% ? (inflation, ↗ prix des matières pr. et énergie)	+1,0 ?

Jusqu'en 2019, l'ONDAM a progressé d'environ 2% avec des mesures d'économie associées. En moyenne, l'ONDAM a progressé plus rapidement que le PIB. Donc la richesse nationale ne permet pas de financer suffisamment l'ONDAM. Il faut donc emprunter pour financer la santé. En 2020, l'écart se creuse avec le PIB.

d. Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires

- Loi promulguée le 21 juillet 2009
- Loi structurelle : organisation, coordination, non centrée sur le financement
- 4 grands chapitres (33 articles)

e. Modernisation des établissements de santé : Les ARS

Les ARS ont été créées par la loi du 21 juillet 2009 portant la réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST).

Il y a eu la mise en place d'une autorité unique au niveau régional chargée du pilotage du système de santé. L'ARS est une substitution aux ARH, DRASS, DDASS, CRAM, URCAM ... C'est la tutelle unique pour la ville, l'hôpital et la prise en charge médico-sociale :

- o Un service régional simplifié, un interlocuteur unique
- o Une approche globale et transversale de la santé
- o Le renforcement de l'ancrage territorial des politiques de santé

f. Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST)

Titre I : Modernisation des établissements de santé

- Encouragement fort aux restructurations hospitalières
 - o Groupements de Coopération Sanitaire (GCS)
 - o Projets de territoire
- Articulation et coordination entre les acteurs : publics, privés, secteur hospitalier, professionnels de santé en ville et services médico-sociaux, dans le cadre des ARS
- Instauration des pôles d'activité dans les établissements de santé

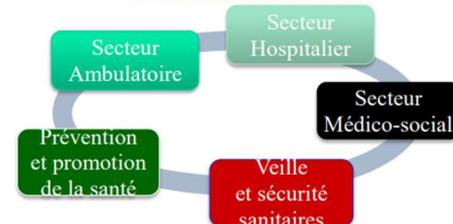
III. Classification et missions des établissements de santé

- Types d'établissement
 - o Établissements publics de santé (EPS, public)
 - o Établissements de santé privés à but lucratif (ESPL, commercial)
 - o Établissements de santé privés à but non lucratif (ESPNL)
 - Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC, anciennement PSPH) (Ex : centre lutte contre le cancer à Toulouse)
 - o Hospitalisation à domicile (HAD)
- Nouvelle classification pas encore appliquée (Ma Santé 2022)
 - o E. proximité, E. spécialisés et E. très spécialisés

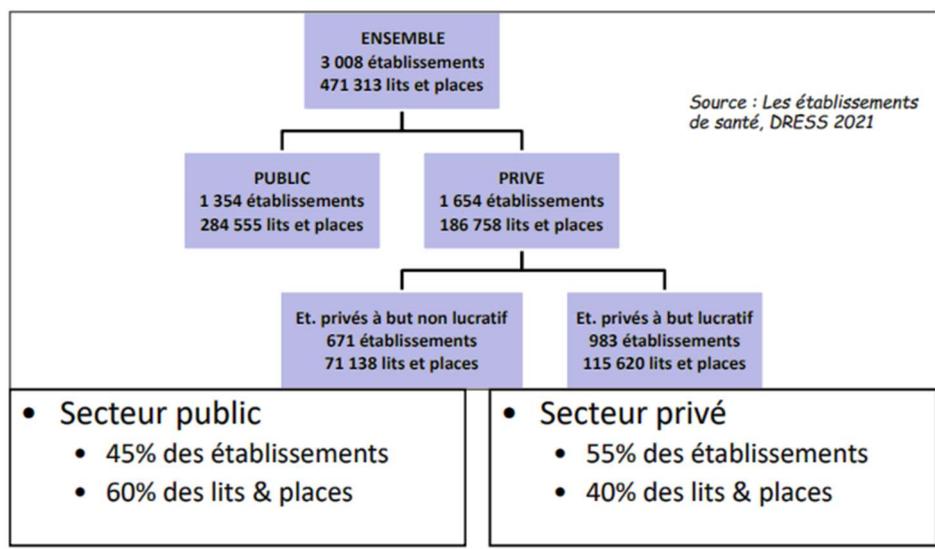
Composition de la loi



Décloisonner le secteur de la santé



a. Répartition des établissements de santé



b. Évolution des capacités d'accueil dans les établissements de santé



Dans tous les secteurs il y a une diminution du nombre de lit. Face à cela, il y a une augmentation du nombre de place. On a donc une diminution de la durée de prise en charge des patients.



c. Description de l'activité d'hospitalisation en Médecine Chirurgie

Licence Sciences pour la Santé – 25 janvier 2023
Obstétrique (MCO)

Séjours hospitaliers en MCO par type d'hospitalisation en 2019*

	Hospitalisation complète		Hospitalisation partielle		Total des séjours	
	N	%	N	%	N	%
Etablissements publics	6 949 336	68,8%	3 396 428	41,4%	10 345 764	56,5%
Etablissements privés à but non lucratif	854 703	8,5%	756 629	9,2%	1 611 332	8,8%
Etablissements privés à but lucratif	2 301 748	22,8%	4 050 530	49,4%	6 352 278	34,7%
Total des établissements	10 105 787	100,0%	8 203 587	100,0%	18 309 374	100,0%

*Source : Les établissements de santé, DRESS 2021

d. Description de l'activité en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Séjours hospitaliers en soins de suite et de réadaptation par type d'hospitalisation en 2019*

	Hospitalisation complète		Hospitalisation partielle		Ensemble des séjours	
	N	%	N	%	N	%
Etablissements publics	411 431	39,6%	1 040 976	22,7%	539 197	39,6%
Etablissements privés à but non lucratif	277 879	26,8%	1 642 769	35,8%	430 855	31,6%
Etablissements privés à but lucratif	348 511	33,6%	1 908 843	41,6%	391 509	28,8%
Ensemble des établissements	1 037 821	100,0%	4 592 588	100,0%	1 361 561	100,0%

*Source : Les établissements de santé, DRESS 2021

e. Description de l'activité en Psychiatrie

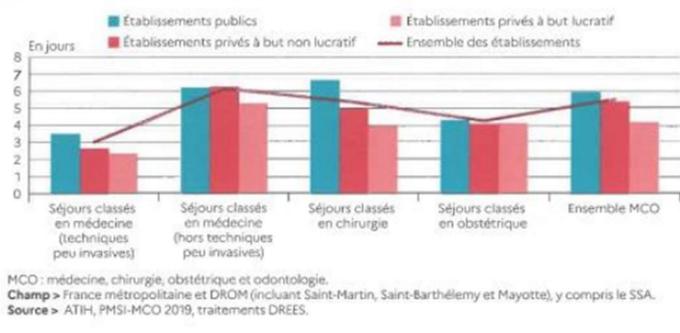
Séjours hospitaliers en psychiatrie par type d'hospitalisation en 2019*

	Hospitalisation complète		Hospitalisation partielle		Ensemble des séjours	
	N	%	N	%	N	%
Etablissements publics	403 065	67,3%	3 220 363	67,2%	539 197	39,6%
Etablissements privés à but non lucratif	67 640	11,3%	912 532	19,0%	430 855	31,6%
Etablissements privés à but lucratif	128 457	21,4%	658 440	13,7%	391 509	28,8%
Ensemble des établissements	599 162	100,0%	4 791 335	100,0%	1 361 561	100,0%

*Source : Les établissements de santé, DRESS 2021

f. Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO*

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO selon le statut de l'établissement en 2019



Il y a une différence nette dans les durées moyennes de séjour en fonction du type d'établissement. C'est dans les établissements publics où il y a une plus grande durée de séjour en MCO.

*Source : Les établissements de santé, DRESS 2021

g. Missions des établissements de santé

- Missions communes

- Lois hospitalières de 1970, 1991, ordonnances de 1996 ...
- Mission de soins
- Mission d'information du patient
- Mission d'évaluation et d'analyse de l'activité
- Selon le statut : obligations liées au Service Public Hospitalier
- Modification du cadre d'exercice des missions de service public → HPST
 - 14 missions de service public (art L. 6112-1 CSP)
 - Négociation / formalisation dans CPOM
 - Ouverture plus large au secteur privé
- Service Public Hospitalier ? → Loi de santé

- Mission de soins

- Diagnostic, traitement et surveillance des malades, blessés, femmes enceintes
 - Soins de courte durée avec ou sans hébergement : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, psychiatrie, avec ou sans hébergement
 - Soins de suite ou de réadaptation
 - Soins de longue durée avec hébergement
- Participation des ES à la coordination des soins en relation avec les professionnels exerçant en ville, les services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'ARS → HPST
- Groupement hospitalier de territoire (GHT) → Loi de santé

Avant HPST

- Mission d'information du patient

- Consentement éclairé, personne confiance...
- Communication de ses droits : charte du patient, infections nosocomiales, dossier médical...
- Réflexion éthique sur l'accueil et la prise en charge médicale → HPST

- Évaluation et analyse de l'activité

- Analyse de l'activité (PMSI)
- Certification (HAS)
- Développement de l'évaluation des pratiques professionnelles

- Politique d'amélioration de la qualité & sécurité des soins, développement de la gestion des risques → HPST

h. Missions de service public

- 14 missions de service public des ES (1 ou plusieurs)

- | | |
|---|---|
| 1) Permanence des soins | 9) Soins aux personnes retenues |
| 2) Soins palliatifs | 10) Soins en centre socio-médico-judiciaires |
| 3) Aide médicale urgente | 11) Enseignement U et post-U |
| 4) Prévention & éducation pour la santé | 12) Recherche |
| 5) Lutte contre l'exclusion sociale | 13) Développement professionnel continu des praticiens |
| 6) Actions de santé publique | 14) Formation initiale, continue des SF et paramédicaux |
| 7) Soins / H. sans consentement | |
| 8) Soins aux détenus | |

S'il y a une carence du secteur public, les missions peuvent être concédées au secteur privé.

IV. Transformations et financement des établissements de santé

a. Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

- Dispositif

- Une nouvelle forme de coopération prévue par la loi de modernisation du système de santé (2016)
- Chaque EPS a l'obligation d'adhérer à un GHT, et un seul
- ES privés peuvent être associés à un GHT par voie conventionnelle
 - Statut d'établissement partenaire –
- GHT n'est pas doté de la personnalité morale
- Objectif : stratégie commune
- Projet médical partagé
- Rationalisation des modes de gestion

- Missions

- Projet médical répondant aux besoins de la population
- Garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins
- Améliorer les prises en charge territoire par territoire
- Renforcer la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical partagé
- Projet médical partagé ↔ Stratégie médicale commune

- Organisation

- Etablissement support assure pour le compte des établissements membres
 - Gestion du système d'information hospitalier (SIH) convergent
 - Département d'Information Médicale (DIM) unique
 - Politique des achats commune
 - Coordination des instituts et écoles de formation paramédicale et du DPC des personnels du groupement
- A terme → Certification engagée de manière conjointe des EPS membres d'un même GHT
- Constitution des Commissions Médicales de Groupement (CMG)

b. Plan Hôpital 2007 (rappel : mit en place en 2004)

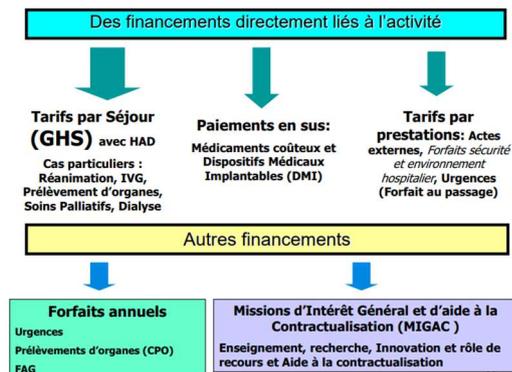
- Simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé
- Relance de l'investissement hospitalier
- Réforme du financement des établissements de santé par une tarification à l'activité (T2A)
- Réforme de la gouvernance hospitalière

c. T2A : les modalités de financement

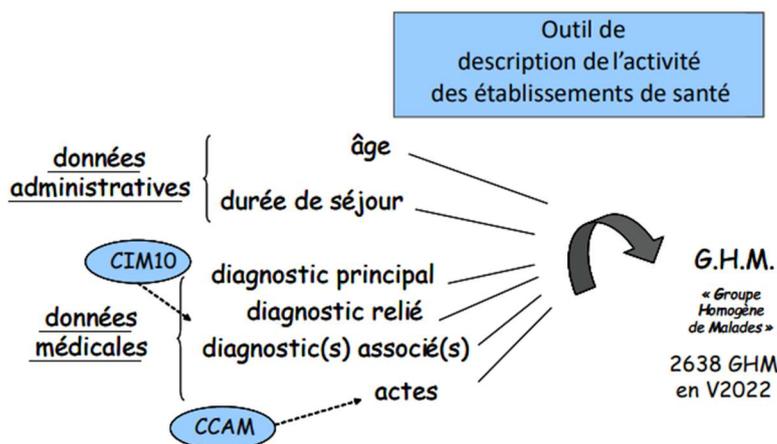
Dans l'esprit des concepteurs de la réforme, le modèle T2A ne récompensait pas spécifiquement l'activité mais encourage les gains de productivité. Cela veut dire que si l'activité progresse de 2% et les recettes de 4% ce n'est pas forcément bon pour l'établissement car s'il y a un fort absentéisme, et des problèmes de gestion, il peut y avoir une forte augmentation des dépenses.

Est gagnant à la T2A, non pas l'établissement qui produit plus mais celui qui produit à un meilleur coût, à qualité des soins améliorée.

Tutorat Les Nuits Blanches



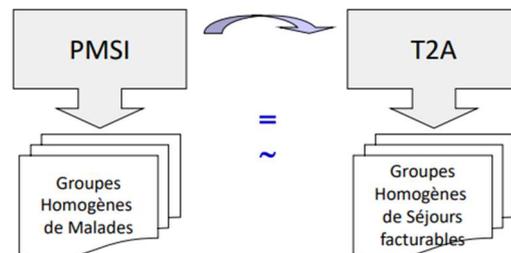
d. PSMI : l'outil de base à la réforme tarifaire



CCAM : classification commune des actes médicaux

GHM : groupes homogènes de malades

La T2A fait correspondre aux GHM des tarifs et des suppléments.



Financement à l'activité : tarif par séjour

e. Les tarifs par séjour ou GHS

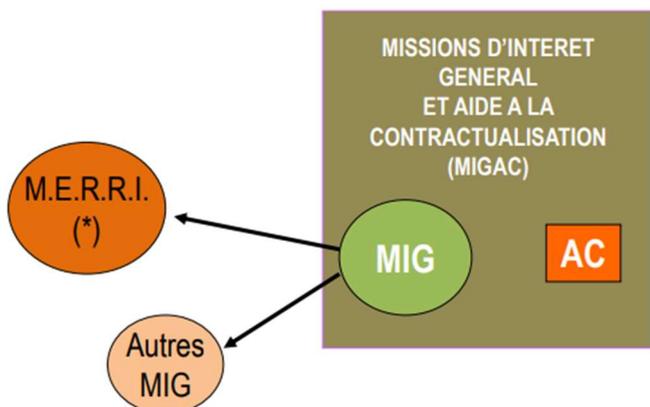
- Un principe simple
 - o PMSI : un séjour → un GHM
 - o T2A : un GHM → un GHS
- Le GHS est un forfait tout compris pour les ES publics et ES privés à but non lucratif
- Dans le secteur privé à but lucratif
 - o Le GHS ne comprend pas les honoraires des médecins

f. Incidence de la qualité du codage sur le groupage

Codage	GHM	Tarifs (€)
G50.0 Névralgie du trijumeau	01M111	2150,90€
ADPA003 Section d'une branche extracrânienne du nerf trijumeau, par abord direct	01C081	2559,61€
Si CMA de niveau 2 (ex AC/FA I48)	01C082	5136,53€
Si CMA de niveau 4 (ex Septicémie A41.5)	01C084	16099,97€

CMA Complication ou morbidité associée

g. Missions d'Intérêt Général et aide à la contractualisation (MIGAC)



AC = moyens pour ARS pour financer les actions

h. Stratégie de transformation du système de santé (Ma Santé 2022)

- 5 chantiers
 - o Qualité et pertinence des soins
 - o Modes de financement et de régulation
 - o Virage numérique
 - o Formation et qualité de vie au travail des professionnels de santé
 - o Organisation territoriale des soins

- « Ma Santé 2022 »
 - o 54 mesures
- i. Rapport Aubert sur la réforme des modes de financement
 - Deux objectifs majeurs
 - o Corriger les éléments de sous qualité (ex réduction des inégalités de santé)
 - o Maitriser évolution des dépenses de santé
 - Plusieurs propositions
 - o Paiement à la qualité et à la pertinence (IFAQ) et ROSP pour les MG
 - o Forfait pathologies chroniques
 - o Paiement à la séquence de soins (expérimentation article 51)
 - o Paiement à l'acte et T2A pour les soins ponctuels, aigus et spécialisés
 - o Investissement hospitalier numérique (subventions plus élevées)
 - o Structuration des soins de ville (CPTS, forfait pathologies chroniques pour MG et paramédicaux, médecins spécialistes restent à l'acte)
 - o Dotations populationnelles (psychiatrie, urgences, SSR et HAD)
- j. Constats
 - Pathologies chroniques : 35% des patients, 60% des dépenses d'assurance maladie
 - Une augmentation continue du nombre de cas de pathologies chroniques
 - Un parcours rarement ou insuffisamment coordonné entre les différents acteurs
 - Une tarification peu adaptée puisqu'elle finance essentiellement les soins curatifs et peu les soins préventifs
- k. Evolutions actuelles : Ségur de la Santé
 - Poursuivre la modernisation de notre système de santé
 - o Pilier 1. Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent
 - o Pilier 2. Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins
 - o Pilier 3. Simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé pour qu'ils se consacrent en priorité à leurs patients
 - o Pilier 4. Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

Piliers 1 et 2

- Pilier 1. Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent
 - o 8,2 milliards € pour revaloriser les professions de santé et renforcer l'attractivité de l'hôpital public – Augmenter le nombre de professionnels paramédicaux formés par an
 - o Favoriser l'exercice mixte des médecins entre ville et hôpital
- Pilier 2. Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins
 - o 19 milliards € d'investissements nouveaux dans la santé (ville-hôpitalmédico-social)
 - o Accélérer la réduction de la part de tarification à l'activité (T2A)
 - Poursuivre et amplifier les réformes visant à diversifier et simplifier les modes de financement des activités hospitalières
 - Mieux prendre en compte la qualité et la pertinence des soins et des parcours des patients dans les modes de financement des activités de soins
 - Mettre en œuvre sur les territoires et pour les établissements qui le souhaitent une expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine d'une part fondée sur les besoins de santé des populations du territoire (dotation populationnelle) complétée d'une part à l'activité et à la qualité des soins
 - o Financer l'ouverture/réouverture de 4000 lits « à la demande »

Piliers 3 et 4

- Pilier 3. Simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé
 - o Réhabiliter le rôle et la place du service au sein de l'hôpital pour mettre fin aux excès de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST)
 - o Simplifier les procédures et libérer du temps pour les professionnels
 - o Mieux associer les soignants et les usagers à la vie de l'hôpital
- Pilier 4. Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers

- Assurer le développement de la télésanté dans les territoires
- Améliorer l'accès aux soins non programmés par le développement de l'exercice coordonné
- Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap

l. Les principes de la « Réforme de financement »

- Une feuille de route lancée avec « Ma santé 2022 » et réaffirmée dans le cadre du Ségur visant à
 - Réduire la part de financement à l'activité
 - Au profit de modèles de financements combinés
 - S'adapter aux spécificités de chacun des champs d'activité
- Ces nouveaux modèles de financement doivent permettre de
 - Réduire les inégalités entre les territoires
 - Harmoniser les modalités de financement entre secteurs, et favoriser la coordination entre acteurs
 - Soutenir les transformations de l'offre, au plus près des territoires, vers plus de pertinence
 - Mieux valoriser la qualité des prises en charge
- Nouveaux modèles de financement fondés sur
 - Dotation populationnelle, activité, qualité et pertinence des soins : Urgences, Médecine, HAD, Psychiatrie, SSR

m. Une réforme avec une feuille de route priorisée dans le contexte COVID

2021-2022 :

- Mise en œuvre de la réforme des urgences en 2021
- Expérimentation sur la base du volontariat de nouvelles modalités de financement en médecine
- Mise en œuvre des réformes de la psychiatrie, du SSR et du ticket modérateur en 2022
- Poursuite des travaux sur le financement à la qualité et progression de l'enveloppe financière à cet effet

2023-2024 :

- Mise en œuvre de la réforme des soins critiques en 2023 en cohérence avec les nouvelles organisations issues des autorisations
- Poursuite de la mise en œuvre progressive du forfait MRC avec application de la modulation qualité en 2023
- Travaux 2022 sur les modèles de financement HAD, radiothérapie et lancement du forfait maternité en vue de leur mise en œuvre à partir de 2023

n. Annonces du chef de l'état (06/01/2023)

- Différentes mesures
 - Dégager du temps pour les soignants
 - Remise à plat de l'organisation du temps de travail à l'Hôpital (« En finir avec l'hyperrigidité des 35h »)
 - Retrouver une échelle humaine à l'Hôpital en allouant davantage de « libertés d'organisation » aux services
 - Une réduction progressive de la T2A, avec un nouveau dispositif de rémunération
 - Une part basée sur des objectifs de santé publique négociés à l'échelle d'un territoire
 - Une part gratifiant les missions réalisées et leur complexité
 - Une part persistante à l'activité
 - Ensemble de ces éléments seront développés dans le PLFSS 2024

V. Établissements Publics de Santé

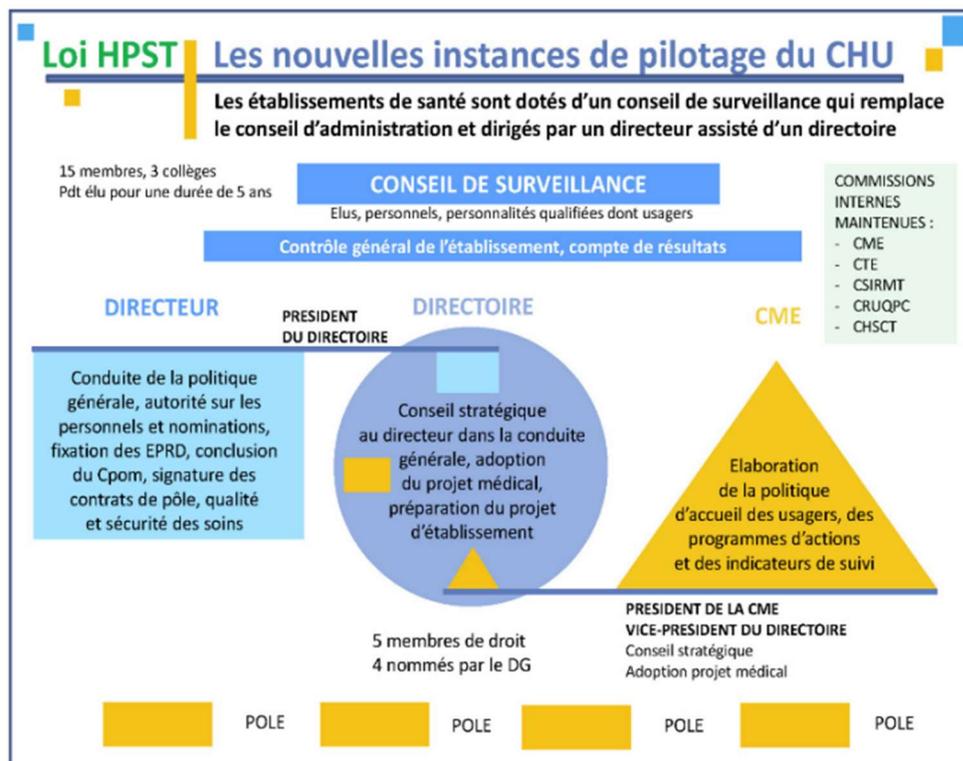
a. Statut juridique

- Personnes morales de droit public
 - Groupement de personnes physiques ayant une vie juridique propre
 - Possession d'un patrimoine
 - Actions en justice
 - Identification sociale, raison sociale, nationalité – Tâches d'intérêt général sous contrôle de l'état
 - Autonomie administrative et financière

b. Organisation interne des établissements publics de santé

- Orientations stratégiques et surveillance
 - Conseil de surveillance

- Exécutif
 - o Directeur, président du Directoire
 - o Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME), vice-président du Directoire
 - o Directoire composé de 7 à 9 membres, à majorité médicale
- Instances consultatives
 - o Commission Médicale d'Établissement (CME), Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT),
 - o Comité Technique d'Établissement (CTE)
 - o Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) } Comité Social d'Établissement (CSE)
- Autres instances règlementaires
 - o Vigilances : CLIN, COMEDiMS ...
 - o CRUQPC
 - o CLUD, CLAN, GDR ...
- Effecteurs
 - o Pôles d'activité et services



c. Conseil de Surveillance

- Compétences et missions
 - o Remplace le Conseil d'Administration (compétences + limitées)
 - o Orientations stratégiques – Gestion et santé financière
 - o Organisation des pôles d'activité et des structures internes
 - o Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Composition (15 membres)
 - o Trois catégories de membres
 - o Représentants des collectivités territoriales
 - o Représentants du corps médical et des personnels hospitaliers
 - o Personnes qualifiées et des représentants des usagers
- Présidence
 - o Élu parmi les groupes 1 et 3

d. Directeur

- Agent administratif
 - o Dirige l'établissement
 - Président du Directoire

- Concentre une partie des compétences précédemment exercées par le Conseil d'Administration, en complément des siennes
 - Représentation légale de l'établissement (justice, gestion), gestion des personnels, gestion des usagers, emprunts, transactions, délégations de gestion nécessaires à l'exécution des contrats
- Décisions partagées avec le Président de la CME sur la qualité des soins, la sécurité, les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- Rend compte au DG de l'ARS dont il dépend
 - Notations et primes

e. Président de la CME

- Médecin

- Vice-Président du Directoire
- Coordonne la politique médicale
- Mandat de 4 ans, renouvelable une fois
- Co-décide de la qualité, sécurité, accueil et prise en charge des usagers,
- Élabore, avec le DG, le projet médical

f. Directoire

- Compétences et missions

- Remplace le Conseil Exécutif
- Concerté obligatoirement sur les domaines de compétence du Directeur
 - Projet médical et d'établissement
 - État prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD)
 - Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)
 - Recrutements
 - Investissements
 - Règlement...
- Approuve le projet médical

- Composition (7 à 9 membres)

- Majorité médicale
- Membres de droit et nommés

- Présidence

- Directeur

g. Commission médicale d'établissement (CME)

- Compétences et missions

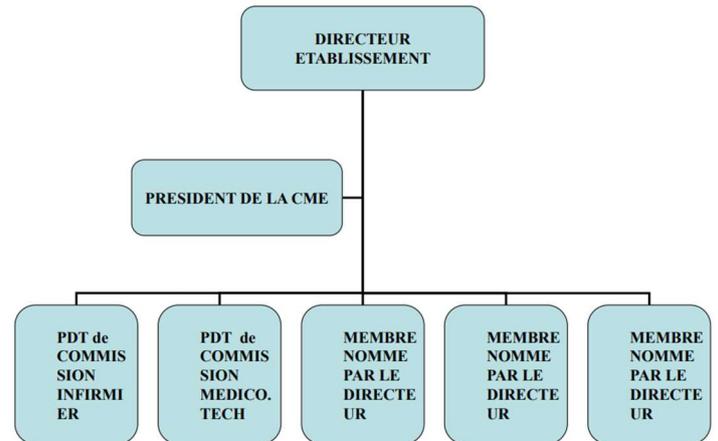
- Instance consultative représentative des personnels médicaux
- Consultatives
 - Projets (médicaux, établissements, soins), missions de service public, organisation interne...
- Informatives
 - CPOM, EPRD
- Opérationnelles
 - Politique de la qualité et amélioration des soins

- Composition

- Définie par décret
- Complexe en CHU

- Président(e)

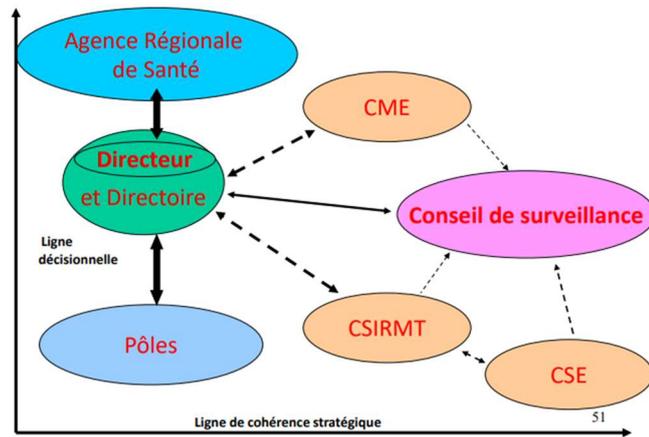
- Élu



La clarification de la gouvernance des établissements publics de santé Schéma de l'organisation

au niveau du rôle des nouvelles instances de pilotage

	Projet médical	Projet établissement	Cpom	Eprd
Directeur	Elaboration		Conclusion	Fixation
Directoire	Approbation	Préparation	Avis	Elaboration
Président Cme	Elaboration			
Cme	Avis			
Conseil surveillance		Adoption		Suivi



h. Chef de pôle de clinique

- Médecin ou pharmacien ou dentiste
 - o Choisi par le Directeur, sur proposition (liste de 3 noms) du Président de la CME (et Doyen en CHU)
 - o Élabore le projet de pôle et signe, avec le Directeur, le contrat de pôle
 - o S'entoure de collaborateurs médicaux, paramédicaux et administratifs de son choix pour diriger le pôle
 - o Dispose d'une délégation de gestion
 - o Rôle clé, notamment pour la désignation de personnel médical/pharmaceutique, y compris chef de service
 - o A autorité sur tout le personnel du pôle qu'il peut répartir selon les besoins

i. Organisation interne des activités

- Pôles d'activité
 - o Logique de simplification et de déconcentration
 - o Démarche de contractualisation avec les pôles d'activité et les délégations de gestion consenties aux responsables
 - o Afin de favoriser
 - Décloisonnement des hôpitaux
 - Développement d'un travail pluridisciplinaire
 - Amélioration de la qualité de la prise en charge
- Contrat de pôle : outil opérationnel
- Outil de négociation : pôle ↔ établissement, pôle ↔ pôle
- Contenu : objectifs (activité, qualité, RH, financiers), moyens, indicateurs de suivi
- Contrat de pôle signé avec le Directeur
- Évaluation de l'exécution du contrat

VI. Etablissements privés

a. Statuts juridiques

- Personnes morales de droit privé
- Établissements
 - o « À but lucratif » ou « commercial »
 - Gérés par des propriétaires individuels, des sociétés
 - Activité relevant du droit privé commercial → impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux
 - Code de la SP, code de la SS
 - Donc, une double législation
 - Structures juridiques variables, souvent complexes
 - o « À but non lucratif » ou « non commercial »
 - Créés par des personnes morales : associations, fondations
 - Pas de bénéfice d'exploitation au sens fiscal

b. Structure

- Etablissements très différents
- Selon leur statut : lucratif vs ESPIC – Pour le secteur privé à statut commercial
 - o Selon la taille : structure « familiale » → groupes financiers
 - o Tendances à la concentration
 - → Juxtaposition de sociétés (coexistence personnes morales)

- Sociétés d'exploitation
- Sociétés civile immobilière
- Sociétés civiles professionnelles
- Sociétés de gestion

c. Organisation

- Instances

○ Instances de Direction

- Conseil d'Administration (CA)
 - Président et administrateurs
 - Grandes orientations, décisions stratégiques
 - Bilan financier : AG des actionnaires
- Comité de Direction (CD)
 - Organe décisionnel fonctionnel
 - Gestion courante de l'établissement

- Instances représentatives

- Des médecins : Conférence Médicale d'Établissement
- Du personnel infirmier : DSSI
- Des personnels
 - Délégués du Personnel
 - Comité d'Entreprise
 - CHSCT → Comité Social et Economique (Réforme du code du travail 2017)
- Autres instances réglementaires
 - Vigilances : CLIN, COMEDIMS ...
 - CRUQPC
 - CLUD, CLAN, GDR ...

VII. Conclusion

- Secteur hétérogène
- Un libéralisme progressivement encadré
- Secteur en mutation