

T2A et Nouvelle gouvernance

Congrès des Sociétés Françaises
Médico-chirurgicales Pédiatriques
NANTES 7 juin 2008

La T2A à l'origine

- Tarifs GHS issu de l'ENC déterminée en 2002 sur la base d'un échantillon non représentatif d'établissements de santé (52 établissements volontaires)
- Missions d'intérêt général (MIG) financés en sus, mais trop limités
- Facturation en sus de médicaments ou DM onéreux
- Enveloppe spécifique pour les CHU (MERRI)

Les limites de la T2A

- Prise en compte insuffisante du coût réel de certaines prises en charge : néonatalogie, réanimation pédiatrique, urgences pédiatriques
- Absence de financement de l'éducation thérapeutique
- Pas de prise en compte de la précarité, de la permanence des soins
- Convergence public / privé idéologique
- Enveloppe MERRI insuffisante
- Système inflationniste

Les évolutions de la T2A

- Nouvelle ENC, commune au public et privé, basée sur un échantillon plus important et plus représentatif (publication en 2008 ?)
- Sortie de la PDS des tarifs GHS
- Tarifs augmentés pour les patients présentant des indicateurs de précarité
- Financement de l'éducation thérapeutique (MIG)

Nouvelle gouvernance à l'origine

- Regroupement des services en pôles
- Création du Conseil exécutif
- Affaiblissement des chefs de service, de la CME et du CA
- Renforcement du pouvoir des directeurs
- Contractualisation des responsables de pôles avec délégation de gestion
- Précarisation du statut de PH avec position de recherche d'affectation

Les limites de la nouvelle gouvernance (1)

- Regroupement en pôles de services à activité hétéroclite \Rightarrow Absence de synergie
- Conseil exécutif où le directeur ne peut être mis en minorité \Rightarrow Absence de légitimité \Rightarrow Instance non décisionnelle \Rightarrow Avis CME et CA indispensables
- Nécessité de conserver un échelon de responsabilité par discipline \Rightarrow maintien des services

Les limites de la nouvelle gouvernance (2)

- Contractualisation des responsables de pôle non généralisée et surtout, faible délégation de gestion
- Complexification de la structure médico-administrative des hôpitaux
- Baisse d'attractivité du statut de PH, renforçant la pénurie de professionnels
- Indépendance professionnelle malmenée

La nouvelle

« nouvelle gouvernance » (1)

- Regroupement des hôpitaux publics en « Communautés Hospitalières de Territoire »
- Transformation du Conseil exécutif en Directoire
- Transformation du Conseil d'administration en Conseil de surveillance
- Renforcement du pouvoir des directeurs
- Nouveau statut pour les praticiens (PH, PH aménagé avec part variable, PH contractuel)

La nouvelle

« nouvelle gouvernance » (2)

- CHT : peut organiser des synergies entre établissements proches géographiquement
- Directoire : le directeur pourrait ne plus être obligatoirement majoritaire
- Conseil de surveillance : champ décisionnel plus limité au profit des directeurs
- Statut PH : risque de généralisation de la précarisation des statuts, en particulier par la contractualisation généralisée ⇒ Attractivité encore en baisse

Conclusion

- Réformes à visée strictement comptable
 - Nécessité d'optimiser les recettes \Rightarrow risque de conflits d'intérêt au détriment du patient
 - Nécessité de limiter les dépenses \Rightarrow risque de dégradation de la qualité des soins
 - Directeurs sur un siège éjectable \Rightarrow Logique financière seule prise en compte
- Précarisation du statut de praticien
 - Dégradation de la démographie médicale hospitalière
 - Indépendance professionnelle très menacée \Rightarrow quid de la déontologie médicale ?