



## LA SANTÉ À VILLEJUIF

Débat

Mardi 15 Novembre 2011

### GESTION ET ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTÉ RAPPEL DES RÉFORMES SUCCESSIVES

#### **Une réforme profonde du secteur hospitalier dans les années 1990**

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 puis l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ont apporté des modifications importantes à l'organisation hospitalière. Ces modifications sont de trois ordres :

#### **- mise en place d'un nouveau cadre de régulation : les agences régionales de l'hospitalisation (ARH)**

Les ARH sont devenues en 1996 l'autorité unique de régulation de l'hospitalisation au niveau local. Elles ont ainsi mis fin à l'émiettement antérieur des compétences entre l'assurance maladie pour les cliniques (CRAM) et les services de l'État pour les établissements publics (DDASS, DRASS). Responsables de la planification hospitalière et de l'allocation des ressources entre les établissements, elles doivent notamment veiller à l'adaptation de l'offre aux besoins et à la réduction des inégalités de financement entre les hôpitaux.

#### **- la contractualisation devient la base des relations entre la tutelle et les établissements de santé.**

Chaque établissement, public ou privé, est ainsi amené à signer un contrat d'objectifs et de moyens (COM) avec l'ARH. Il définit des objectifs de qualité et de sécurité des soins, ainsi que des dispositions relatives à la mise en oeuvre des priorités régionales de santé publique. Pour le [secteur public](#), le COM fixe de plus les orientations stratégiques de l'établissement et décrit les restructurations internes et externes à mener.

#### **- l'allocation des ressources s'inscrit dans un cadre de plus en plus régional.**

Annuellement, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, une enveloppe financière pour l'hospitalisation est définie et répartie entre le secteur public et le secteur privé. La sous-enveloppe réservée au secteur public est déclinée ensuite par régions. Le directeur de l'ARH arrête alors la dotation globale de chaque établissement. La sous-enveloppe du secteur privé est également ventilée entre les régions et par discipline, sur la base d'un accord national conclu entre l'État et l'hospitalisation privée.

#### **- la planification hospitalière tente de mieux prendre en compte les besoins de la population.**

Jusqu'au début des années 1990, la carte sanitaire constituait le seul instrument de planification hospitalière. Elle fixait par secteur sanitaire et par tranche de population les besoins théoriques d'équipements et de lits. Jugée trop rigide, elle a été complétée en 1991 par les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ceux-ci définissent la répartition optimale des structures de santé, à partir d'une analyse de l'offre et de la demande de santé et fixent les mesures nécessaires de restructuration.

Texte tiré de : <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/approfondissements/organisation-hospitaliere.html>

#### **En 2004, la loi instaure les plans régionaux de santé et les groupements régionaux de santé, ouvrant la voie aux futures Agences Régionales de Santé (ARS).**

#### **Dernière en date, la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » instaure les ARS et les communautés hospitalières de territoire.**

5 niveaux de territoires de santé sont délimités par les ARH, dans l'ordonnance du 4 sept 2004 :

- Inter-régional : 7 grandes régions avec médecine de demain et recherche ...
- Régional : CHU, réponse organisée
- Premier recours d'hospitalisation (second niveau d'hospitalisation avec plateau technique, chirurgie spécialisée...)
- Bassin de vie : premier niveau d'hospitalisation de proximité
- Santé au quotidien : médecins de ville généralistes et spécialistes ...