

L'Hôpital des pôles et l'argent

Expérience de l'Hôpital de la région d'Annecy CHRA

- Une expérience
- Une vision partagée : directeur, président CME

Expérience du CHRA Introduction

- Le contexte
- Le rôle et le traitement d'une contrainte budgétaire implication sur le management
- L'implication médicale
- Difficultés et perspectives

Expérience du CHRA Le contexte

- Une réforme nationale:
 - Réforme de la sécurité sociale
 - Réforme hospitalière: TAA, pôles, nouvelle gouvernance, qualité
- Un contexte local de nouvel hôpital :
 - 1000 lits et places
 - Nouvel hôpital en 2008, organisé sur le plan architectural en 15 pôles
 - La réalité 2004 :
 - 40 services
 - 6500K€ de déficit: croissance de 1000K€/an
 - 60 postes en sur-effectif

Expérience du CHRA Le contexte

- Un posture hospitalière « classique » en 2004 :
 - demande budgétaire : avance T2A, nouvel hôpital..
 - absence de remise en cause de l'organisation interne
40 services, absence de chirurgie ambulatoire...

- Un hôpital « bénéficiaire » à la T2A

Expérience du CHRA Le contexte

- Comment une contrainte budgétaire est elle capable d'impacter le management ?
- Présentation médicale, avec en arrière plan le souci de la qualité et du niveau d'activité

Pourquoi changer ? Les principes

- Profiter du contexte national (la réforme) pour valoriser le contexte local (nouvel hôpital)
- Responsabiliser les acteurs en regard d'une nouvelle structure hospitalière: « se réformer (se performer) pour intégrer (pour mériter) une nouvelle structure »
- Positionner la nouvelle structure de santé dans un territoire, à l'intérieur de réseaux

Formalisation d'une contrainte par l'ARH

Pourquoi changer ? une contrainte

- Lettre du directeur de l'ARH, au directeur du CHRA (formalisation)
- Retour à l'équilibre budgétaire en 2 ans
(2 contraintes : 1 niveau d'économie, 2 délai)

Comment réunir
contrainte budgétaire et
nouvelle gouvernance?

Réaction à la contrainte

- Ce n'est pas naturel !
 - 1° traiter la contrainte
 - 2° engager la réforme de la gouvernance
- Accepter la contrainte !!
 - lucidité
 - autonomie
- Des médecins participatifs et « leader »

Comment réunir
contrainte budgétaire et
nouvelle gouvernance?

Moyens de mise oeuvre d'une contrainte budgétaire

- 1° Contrainte budgétaire par directions fonctionnel les
- 2° Contrainte budgétaire par services
- 3° Déclinaison médicale par pôle d'activité

Comment réunir contrainte budgétaire et nouvelle gouvernance?

Moyens de mise oeuvre d'une contrainte budgétaire

- Déclinaison médicale ?
 - préserver les moyens les plus pertinents pour les patients (activité, qualité)
 - donneurs d'ordre
 - effet d'entraînement
 - valoriser le soin par une meilleure organisation

Comment réunir
contrainte budgétaire et
nouvelle gouvernance?

Moyens de mise oeuvre d'une contrainte budgétaire

- Déclinaison médicale par pôle d'activité

- | | | |
|---------------|---|---|
| - 40 services | → | management central |
| - 15 pôles | → | management intermédiaire |
| - 9 pôles | → | management décentralisé
décision médicalisée
travail médico - administratif |

La contrainte budgétaire
impacte le management

Bases du management à partir de la contrainte

- Pragmatisme
- Responsabilité: - un service par rapport à une contrainte
- et non pas un pouvoir sur un territoire
- Efficience hiérarchique
- Contrainte / pôle → Contrat / pôle
- Travailler ensemble

La réforme de structure Intégrer le pôle dans l'organisation des soins

Le service

- Expertise médicale
- Qualité
- Évaluation

La réforme de structure Intégrer le pôle dans l'organisation des soins

Le pôle

- Valorise le service
 - sur le plan médical : proximité valorisante
 - sur le plan de l'organisation : soutien logistique, mutualisation

La réforme de structure Intégrer le pôle dans l'organisation des soins

Le pôle

- Une dimension stratégique : une taille suffisante
- La taille du pôle doit permettre :
autonomie - déconcentration - décentralisation
- La taille suffisante du pôle positionne les
directions fonctionnelles dans une mission
d' expertise

La réforme de structure Intégrer le pôle dans l'organisation des soins

L'établissement

- Préciser les champs
 - expertise(médicale:service, administrative : direction fonctionnelle)
 - organisation : pôle
- Dynamique des ressources humaines
- Lieu de la stratégie : relation entre territoire et spécialité

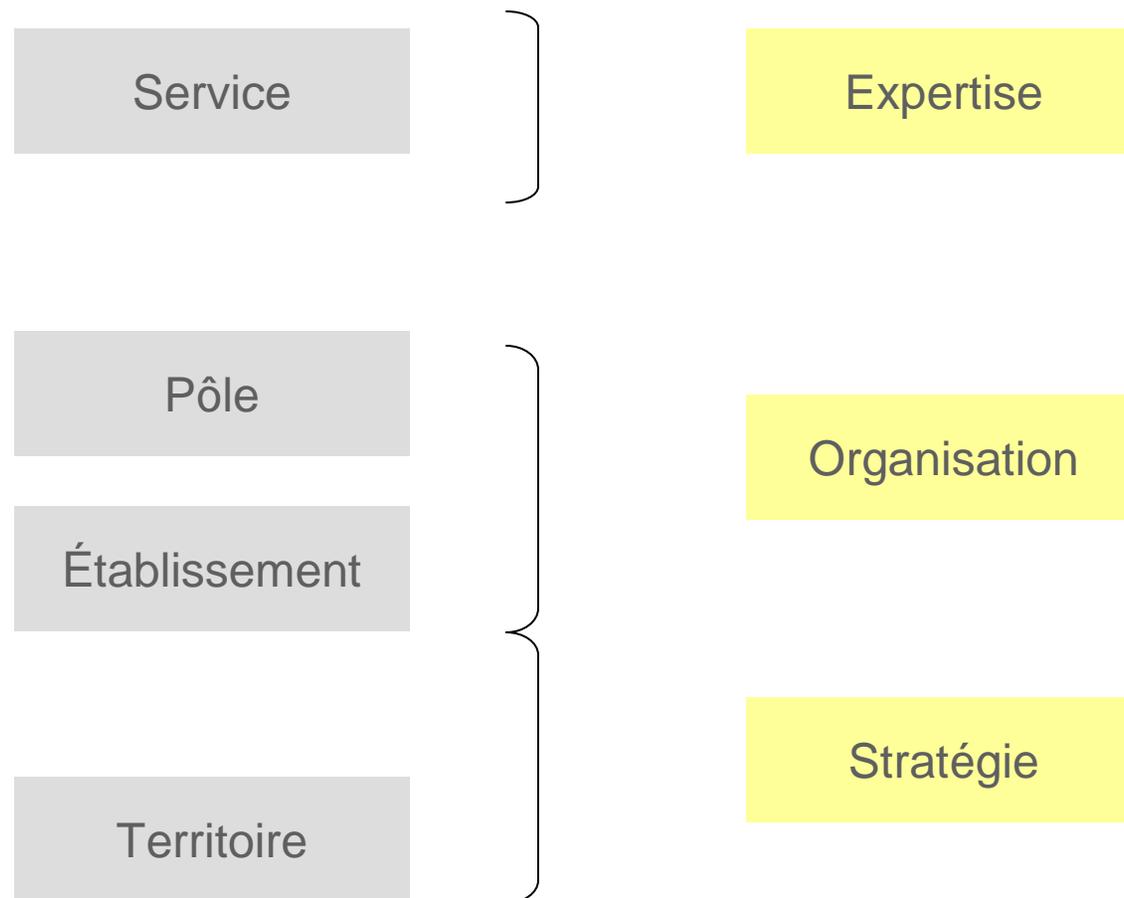
La réforme de structure Intégrer le pôle dans l'organisation des soins

Le territoire

- Expression des besoins de santé d'une population:épidémiologie
- Niveau pertinent de l'organisation d'une spécialité,qui ne peut plus se décliner sur un établissement
 - ouverture
 - mobilité

L'Hôpital des pôles et l'argent

Sortir d'une organisation structurée par les ressources
Appliquer une subsidiarité



Le suivi du processus : évolution du processus

- 2005 : pragmatisme 15 pôles
délégué de pôle
assistant de pôle
logique intermédiaire : fonctionnelle \longleftrightarrow pôle
- 2006 : formalisation 9 pôles
responsable médical
directeur délégué
assistant de pôle
logique radicale décentralisée pôle
- 2007 : Trinôme de pôle

Le suivi du processus

- Définition des objectifs :
objectifs chiffrés / pôle / groupes de dépenses
- « benchmarking et reporting interne » : comparaison et présentation des stratégies d'économie/pôle devant la CME
- Tableaux
- « Ateliers de pôle » :
l'ensemble des directions fonctionnelles au service du pôle

1° Résultats : fin 2005

HORS LISTE T2A	G1 G2 G3	Eco Annuelle Pérenne (EAP)				Ecart / objectifs H1		Engagements	Ecart / engagements	
PÔLES	Objectifs Eco Annuel H1	G1	G2 & G3	Recettes Subsid.	TOTAL EAP	Obj Eco 1 - EAP	% réalisé	mars-05	Engts - EAP	% réalisé
URG / REA / INFECTIO + SIEM	392 817	105 533	21 000	0	126 533	266 284	32%	168 326	41 793	75%
NEURO / CARDIO / PNEUMO	264 185	39 000	88 400	0	127 400	136 785	48%	124 866	-2 534	102%
FEMME / MERE / ENFANT	292 537	106 230	25 500	0	131 730	160 807	45%	208 220	76 490	63%
TRAUMATO / ORTHO / RHUMA	116 404	15 497	16 000	0	31 497	84 907	27%	58 000	26 503	54%
ACTIV OP / ANESTH / SPE	281 171	82 705	0	0	82 705	198 466	29%	102 069	19 364	81%
CHIR VISC / URO / PATHO DIGI	150 028	0	6 000	0	6 000	144 028	4%	126 960	120 960	5%
ENDOCRINO / DIABETO / DIALY	146 586	75 750	134 000	0	209 750	-63 164	143%	123 603	-86 147	170%
CANCEROLOGIE	126 412	31 696	148 500	0	180 196	-53 784	143%	180 196	0	100%
GERIATRIE	232 749	29 470	15 000	0	44 470	188 279	19%	125 470	81 000	35%
PSYCHIATRIE	393 317	0	10 800	0	10 800	382 517	3%	75 000	64 200	14%
PHARMACIE	47 660	64 872	0	0	64 872	-17 212	136%	96 002	31 130	68%
LABORATOIRES	153 696	92 400	64 000	0	156 400	-2 704	102%	136 337	-20 063	115%
IMAGERIE MEDICALE	91 288	32 530	50 000	0	82 530	8 758	90%	82 530	0	100%
DIRECTIONS	548 899	228 131	48 000	80 000	356 131	192 768	65%	500 760	144 630	71%
	3 237 751	903 813,50	627 200,00	80 000,00	1 611 013,50	1 626 737,19	50%	2 108 339,00	497 325,50	76%

Le suivi du processus Les problèmes

- Communication = équilibre entre
dynamique des pôles
cohésion de l'ensemble
- Comment maintenir la motivation ?
Intéressement pour chaque pôle et service
équilibre financier de l'ensemble
- Sortir d'une logique comptable, pour entrer dans une culture
d'établissement.

Les premiers résultats

- Un hôpital « nouvelle gouvernance » en 2006 avant le déménagement
- Un hôpital en équilibre budgétaire fin 2006 à un moment stratégique en regard du passage à T2A 100%
- Des marges de manœuvre :
 - internes : efficacité des trinôme de pôle
 - externe :
 - aide de l'ARH
 - position du CHRA sur le territoire de santé

Implication médicale

- Donner des bases médicales au changement
- « Médicaliser » les décisions en amont
et non pas un simple accord ou « faire valoir » en aval
- Confiance : vote # large majorité
- Transparence
- Contrat interne : pôle / hôpital
Contrat externe : hôpital / ARH

CONCLUSION

- « Profiter » de la contrainte pour se réformer !
- Les finances : marqueur du changement
- « Assurer » la nouvelle gouvernance