

L'hôpital réinventé

Janvier 2004

S O M M A I R E

I. UN SYSTÈME RIGIDE, FIGÉ PAR LE RÈGLEMENT	9
1. LE NOUVEL ENVIRONNEMENT.....	9
1.1 <i>Les malades changent</i>	9
1.2 <i>Le rapport au travail change</i>	10
1.3 <i>L'accélération du progrès médical</i>	10
1.4 <i>De nouvelles charges</i>	10
2. UN SYSTÈME RIGIDE, INCAPABLE DE S'ADAPTER	11
2.1 <i>La faiblesse des marges de manœuvre budgétaire</i>	11
2.2 <i>L'impossible gestion de ressources humaines</i>	11
2.3 <i>Une réglementation foisonnante</i>	12
2.4 <i>Une gouvernance inexistante</i>	12
2.5 <i>Une crise démographique à venir</i>	13
2.6 <i>Ni stratégie, ni pilote</i>	14
II. VERS UNE HOSPITALISATION POLYMORPHE.....	15
1. LIGNES DIRECTRICES.....	15
2. CE QUI S'IMPOSE À L'ENSEMBLE DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS.....	17
2.1 <i>Les missions fondamentales</i>	17
2.2 <i>Un principe d'action et un impératif</i>	17
2.3 <i>Le rôle de l'État et les Agences régionales d'hospitalisation (ARH)</i>	18
2.4 <i>Les modalités de financement</i>	19
3. CE QUI RELÈVE DU POLYMORPHISME AU QUOTIDIEN.....	20
3.1 <i>De l'autonomie</i>	20
3.2 <i>La gouvernance des établissements</i>	25
3.3 <i>L'articulation régionale : ARH – assureurs-maladie (acheteurs de soins)</i>	26
III. LES INCIDENCES DU POLYMORPHISME.....	27
1. LES URGENCES.....	27
2. RELATIONS VILLE-HÔPITAL.....	27
3. DES CHU ET DES FACULTÉS DE MÉDECINE.....	28
3.1 <i>Vers des universités de santé ?</i>	28
3.2 <i>Vers des établissements regroupés et plus autonomes</i>	29
3.3 <i>Vers des établissements plus professionnalisants</i>	29
3.4 <i>Vers des établissements impliqués dans la formation continue</i>	31
3.5 <i>Vers des établissements fer de lance de la recherche clinique</i>	31
3.6 <i>Vers l'attribution du label « U »</i>	33
4. DE L'ÉVALUATION ?	33
4.1 <i>De la gestion du risque à l'évaluation : l'enjeu</i>	33
4.2 <i>Système d'information et dossier médical électronique : pré-requis à toute procédure d'évaluation a posteriori</i>	35
4.3 <i>La situation dans notre pays</i>	37
4.4 <i>Esquisse de procédures d'évaluation</i>	37
4.5 <i>Qui est légitime pour commanditer ou susciter des évaluations et audits médicaux ?</i>	38
4.6 <i>Évaluation de la qualité et communauté d'intérêt</i>	38
5. DES PATIENTS AU CŒUR DU SYSTÈME.....	39
ANNEXES.....	41

A V A N T - P R O P O S

Ré-inventer l'hôpital

À l'automne 2003, l'hôpital public, cet acteur essentiel du système de soins français traverse une crise profonde. Les soignants qui le font fonctionner, plusieurs centaines de milliers de professionnels très qualifiés, sont désorientés. Les comptes d'un grand nombre d'hôpitaux, et d'abord ceux de l'Assistance publique de Paris qui pèse à elle seule 10% du total, sont profondément dégradés alors que les ressources que leur consacre l'assurance-maladie continuent de croître (plus de 5% en 2003). Mais surtout, en 2001 et 2002, les hôpitaux publics ont produits chaque année moins de soins que l'année précédente.

Sans doute, l'hôpital public n'est - il pas le seul acteur du système de soins français à vivre cet état de crise. En 2003, la moitié du millier de cliniques va finir l'année avec des résultats d'exploitation en rouge. Le cadre conventionnel qui lie les caisses d'assurance-maladie aux médecins, et plus généralement à l'ensemble des professions de santé exerçant en ville, ne fonctionne plus.

Cette situation critique est le signe de l'obsolescence des mécanismes de régulation de notre système de santé. Elle débouche en effet sur un besoin de financement colossal du Régime général d'assurance-maladie dont l'origine ne tient pas majoritairement à la conjoncture économique dégradée, comme vient de le montrer le rapport de la Cour des Comptes sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Tous les acteurs, et naturellement le gouvernement en ce qui le concerne, sont conscients de la situation. Ils savent bien qu'une réorganisation en profondeur du système de santé et d'assurance-maladie français est indispensable. Sauf qu'aujourd'hui, faute d'un diagnostic partagé sur les causes des dysfonctionnements du système, ni le gouvernement ni aucun des acteurs ne dispose des éléments pour entreprendre cette réorganisation.

Elaborer un diagnostic lucide et consensuel des difficultés de l'hôpital public et proposer des solutions acceptables pour sa modernisation, tel est l'objet de ce nouveau rapport de l'Institut Montaigne. A lui seul son titre, « *Ré-inventer l'hôpital* » dit son ambition. C'est que nous, les auteurs du rapport, pensons que les valeurs et le savoir-faire de l'hôpital et de ses soignants sont essentiels pour l'avenir du système de santé français, et que tout doit être fait pour leur permettre de se perpétuer.

Plus qu'à résumer les principales propositions du rapport, et par exemple l'importance du regroupement des facultés de médecine, les lignes qui suivent vont traiter deux questions centrales. En diagnostiquant le défaut de management comme la principale difficulté de l'hôpital public, le rapport dit que l'axe prioritaire de sa réforme est de libérer l'initiative et la créativité de ses acteurs des excès de la réglementation et des procédures administratives tatillonnes. En soulignant que le succès des réorganisations va dépendre de leur condition d'application sur le terrain le rapport précise ce que doit être le rôle de l'État et de l'assurance-maladie à l'égard de l'hôpital.

La crise de l'hôpital tire toute sa gravité d'un paradoxe. Les soignants, médecins, infirmières, sont les principaux acteurs de son activité de soins mais ils n'ont que peu voix au chapitre dans son organisation : dit autrement, les soignants vivent mal dans leur relation au quotidien avec les malades, les conséquences de la médiocre organisation de l'hôpital mais il n'ont pas la solution pour la changer.

Public ou privé, l'hôpital français partage nombre de ses difficultés avec les grands hôpitaux des pays industriels : exigence accrue de sécurité et de résultats des malades et de leur famille, tension entre spécialisation des services et prise en charge complète du malade, rapidité du progrès technique, caractère toujours plus contraignant du mode d'exercice hospitalier de leur métier pour les soignants.

Mais le mal principal dont souffre l'hôpital public en 2003 est d'ordre managerial. Il n'a ni une gestion ni un commandement à la mesure de l'extrême complexité de fonctionnement d'un grand hôpital moderne. Les pouvoirs du conseil d'administration sur les grandes décisions de l'hôpital sont réduits. Ceux du directeur peinent à s'exprimer entre les statuts des médecins et ceux du personnel, les règles de la comptabilité et celles des marchés publics, et plus généralement le foisonnement de la réglementation. Et, faut-il le répéter ni les médecins ni les infirmières ne se sentent pleinement responsables de l'organisation des soins.

Donner demain aux acteurs de l'hôpital public une véritable responsabilité dans sa gestion, tout en le dégageant de l'excès de règles qui l'asphyxient est donc un axe privilégié de sa réorganisation. C'est là qu'une proposition du rapport trouve tout son sens. Permettre à l'hôpital public de se transformer en hôpital privé à but non lucratif, tout en conservant aux personnels qui le souhaitent leur statut public est une proposition simple et novatrice.

Sa simplicité est de s'inspirer d'un modèle qui fonctionne depuis longtemps avec succès en France, mais surtout qui est le modèle dominant dans les grands pays industriels. Son caractère novateur est de mettre tous les acteurs, puissance publique, élus, responsables hospitaliers, soignants au pied du mur. Oui, une plus grande autonomie de gestion est possible. Encore faut-il être prêt à en assumer les conséquences, et d'abord celle de respecter les règles du jeu communes dans un état d'esprit de responsabilité partagée.

C'est pour cette raison que la réorganisation de l'hôpital (comme celle de l'ensemble du système de santé, d'ailleurs) va beaucoup reposer sur les conditions d'application sur le terrain. Bien sûr, le cadre général est important. À cet égard, les mesures en cours, planification sanitaire, tarification à l'activité, gouvernance de l'hôpital vont dans la bonne direction. Mais les meilleures règles perdent leur vertu si elles sont tournées par les acteurs de terrain.

Pour les hospitaliers, il s'agit de comprendre et d'accepter la règle du jeu de l'efficacité appliquée aux soins. L'objectif est de produire les meilleurs soins pour les malades (ce à quoi les hospitaliers sont prêts), à un prix convenu avec le payeur et une évaluation véritable de la qualité des soins. À quelques exceptions près, ce prix sera le même pour une même prestation. C'est une règle exigeante car elle met les hôpitaux en concurrence. Elle implique que les hôpitaux se donnent en France les systèmes d'information et les outils de gestion nécessaires, et d'abord la comptabilité analytique qui leur permettra de connaître leurs coûts et de s'organiser en conséquence.

Mais elle implique surtout une pratique différente de la relation entre l'hôpital et le pouvoir politique. Les hospitaliers publics doivent renoncer à utiliser comme ils le font aujourd'hui, l'arme politique ou syndicale en cas de difficulté financière, pour obtenir du ministre de la santé des solutions dérogeant à la règle du jeu commune.

Le défi de la bonne application sur le terrain est donc également grand pour les partenaires administratifs et financiers de l'hôpital, qu'ils agissent comme planificateur ou comme payeur. Leur rôle n'est pas de cogérer l'hôpital, mais de définir, à partir du cadre national des règles du jeu régionales équitables, négociées avec les acteurs et de les faire appliquer effectivement. À cet égard, il faut souligner que la fonction d'acheteur de soins si souvent revendiquée, a bien des exigences... pour l'acheteur. Elle suppose l'existence et la maîtrise de systèmes d'information perfectionnés qui font défaut aujourd'hui, en France. Le rapport

souligne l'importance cruciale des systèmes d'information pour réaliser un pilotage raisonné du système de santé. Il est vrai que le PMSI a été un progrès décisif mais il reste un outil rustique et il n'a pas de liens avec les outils statistiques qui décrivent la médecine de ville.

Or une véritable articulation entre la pratique de ville et celle de l'hôpital est indispensable au succès de la réforme de l'hôpital : il faut décharger l'hôpital de missions comme les urgences non vitales ou la prise en charge des cas sociaux qu'il fait mal, à des prix prohibitifs et qui l'encombrent.

C'est aux conditions qui viennent d'être exposées que les mesures que préconise notre rapport « *Ré-inventer l'hôpital* » sont de nature à lui permettre, avec ses équipes soignantes de trouver toute sa place dans le système de soins et d'assurance-maladie français.

Dominique Coudreau
Conseiller maître à la Cour des comptes

I N T R O D U C T I O N

Des acteurs démotivés

Ce ne sont pas les usagers du service qui s'inquiètent de l'état de notre système de santé, mais les professionnels eux-mêmes.

À la lecture d'un sondage IPSOS daté du 22 octobre 2002, il apparaît en effet que 83 % des Français jugent la qualité du système plutôt satisfaisante. Pourtant, l'ensemble des professionnels de santé exerçant à l'hôpital est concerné. Traditionnellement, le milieu hospitalier réagit au gré des revendications d'un corps de professionnels qui s'estime lésé par rapport à d'autres. Et lorsque l'un a obtenu plus que l'autre, il faut rétablir l'équilibre, dans une spirale de surenchères, ce qui explique aujourd'hui l'existence de nombreuses strates d'« *avantages acquis* » (qu'il est d'ailleurs impossible de remettre en cause sans une forte dose de courage politique. L'exemple le plus marquant d'une manifestation d'une catégorie professionnelle a été le grand mouvement infirmier de 1988.

Mais aujourd'hui, c'est différent. Car ce n'est tout d'abord pas tant une question de moyens – même si les revendications existent – mais plus une remise en question des conditions de travail, en raison d'un mal-être généralisé et d'un certain manque de reconnaissance. **Dit autrement, aux problèmes quantitatifs de manque de moyens se surajoute une plainte qualitative** qu'il ne faut pas prendre à la légère. Ainsi la vétusté des locaux, les temps de transport, les changements d'horaire ou de planning à la dernière minute sont bien souvent cités. Le vocabulaire est d'ailleurs révélateur du malaise : on parle de « *souffrance* » des soignants, de sentiment « *d'épuisement professionnel ou de sacrifice* ». De même, une impression de « *déshumanisation du travail au lit du malade* » est souvent évoquée avec la montée en charge des tâches dites administratives (procédures de qualité, traçabilité, gestion informatisée...), dont l'intérêt n'apparaît pas clairement aux yeux des différents acteurs

L'Académie de médecine a rendu publics le 28 janvier dernier les résultats d'une enquête portant sur les hôpitaux généraux. Un questionnaire, adressé à plus de 1 300 chefs de service, a recueilli 956 réponses !

Pour reprendre les termes de l'Académie, « *les conclusions de cette étude dénoncent un très grand mal être ; 56 % des chefs de service jugent leur situation défavorable, 87 % pensent que leurs conditions d'exercice se sont nettement détériorées ce qui est plus grave* ».

Tout se passe comme si les acteurs n'avaient plus confiance dans leur institution et tout particulièrement les personnels soignants, au premier rang desquels les médecins. Nombreux sont les jeunes médecins très qualifiés qui sont attirés par les établissements privés, où ils trouvent certes de meilleures rémunérations mais aussi pour de meilleures conditions d'exercice. D'autres sont même tentés de se réorienter vers d'autres métiers.

L'hôpital est un domaine où les réformes se sont succédées à un rythme rapproché (1958, 1970, 1991, 1996) et bientôt 2003 avec le plan « *Hôpital 2007* ». Comme le cite Denis Labayle¹, « *en trente ans, l'hôpital a connu trois réformes considérées comme*

¹ Denis Labayle : « *Tempête sur l'hôpital* », Seuil, février 2002

majeures par leurs auteurs, mais aucune ne lui a donné les moyens de s'adapter simultanément aux progrès scientifiques, aux changements sociologiques et aux exigences de gestion. Pire, ces réformes ont accentué le malaise général et le découragement de ceux qui y travaillent » car elles ont demandé aux acteurs une énergie considérable et des efforts répétés pour respecter les décrets et ou les circulaires de mise en œuvre. De tous horizons, un constat commun est fait d'un système hyper et mal administré, y compris par les personnels administratifs eux-mêmes et on ne voit pas bien comment en sortir.

Selon l'analyse de l'Académie de médecine précédemment citée, *« les interventions de l'administration sont souvent mal venues et jugées difficilement tolérables, dans leurs modalités actuelles, par 37 % des chefs de service. 68 % d'entre eux incriminent l'« hégémonie administrative » comme facteur majeur de la dégradation de leurs conditions d'exercice ».*

Les professionnels hospitaliers dans leur ensemble se trouvent ainsi, en 2003, et pour la première fois avec cette intensité, dans une profonde crise de confiance envers eux-mêmes et dans leur institution. On ne peut gérer une industrie de main-d'œuvre qui rassemble plus d'un million de personnes (en comprenant le secteur privé) et dont les dépenses de personnel représentent 2/3 des dépenses totales de chaque établissement, sans tenir compte de la motivation et de l'état d'esprit dans lequel toutes ces personnes travaillent.

C'est le constat que dresse Jean-François Mattéi : ***« les médecins hospitaliers et l'ensemble des personnels soignants et non soignants sont désenchantés (...) Je souhaite changer cela et redonner ambition et espoir à l'hôpital, à travers la mise en œuvre de principes simples : la confiance et la responsabilité partagée »***².

L'évolution des hôpitaux n'est pas un problème propre à la France, nous présentons, en annexe, deux chapitres *The evolution of hospitals systems* et *Pressures for change*, extraits de l'ouvrage particulièrement pertinent *Hospitals in a changing Europe*³ de Martin McKee et Judith Healy.

² Jean-François Mattéi, ministre de la Santé, « *Hôpital 2007* », discours du 20 novembre 2002

³ Martin McKee et Judith Healy : « *Hospitals in a changing Europe* », Open University Press, 2002

UN SYSTÈME RIGIDE, FIGÉ PAR LE RÈGLEMENT

L'accumulation des nouvelles contraintes, conjuguée à une forte rigidité du système, est à l'origine du malaise des professionnels ; le *statu quo* conduirait à terme à une dégradation de la qualité des soins hospitaliers.

Relevons d'abord la mise en place des 35 heures, à propos de laquelle Bernard Kouchner⁴ se plaît à dire que « *l'on a abandonné la maîtrise comptable des dépenses pour la maîtrise comptable du temps de travail* ». Mais il y a aussi les normes de sécurité et de qualité, les relations avec les assureurs, les directives européennes – que les autres États membres n'appliquent pas avec le même entrain – imposant d'inclure le temps de garde dans le temps de travail et exigeant un repos compensateur des médecins. Sans parler des pénuries de personnel soignant et médical – résultat d'une absence totale de prévisions – aujourd'hui très paralysantes pour les uns et qui vont progressivement s'accroître pour les autres...

Or l'hôpital, par nature, est confronté à de multiples évolutions ; une organisation aussi complexe ne peut se contenter d'une révision tous les 5 ans, il est condamné à évoluer en permanence, à s'adapter et à repenser par lui-même son organisation face aux multiples contraintes qui s'exercent sur lui.

Notre ambition n'est pas de décrire toutes les évolutions qu'a connu l'hôpital depuis 20 ans mais surtout d'en signaler les plus marquantes pour montrer à quel point l'hôpital est confronté à des changements qu'il ne maîtrise pas.

1. Le nouvel environnement

1.1 Les malades changent

C'est une évidence ! Les patients ont considérablement changé depuis 20, voire 10 ans, et on retrouve à l'hôpital un certain nombre d'évolutions sociologiques connues dans d'autres secteurs.

Avec le vieillissement de la population et l'allongement de la durée de vie, de nouvelles pathologies de la vieillesse franchissent chaque jour un peu plus les portes de l'hôpital et ceci va s'accroître, compte tenu du doublement des personnes âgées de plus de 60 ans dans notre société dans les 25 prochaines années. Les professionnels, insuffisamment ou pas formés à ces nouvelles prises en charge sortant de leur pratique habituelle, se trouvent démunis face à certaines situations. Il en est de même pour les troubles de la santé mentale. Les patients ont changé et ils sont de plus en plus nombreux, 420 millions de consultations et 12 millions de séjours d'hospitalisation complète et 11 de séjours à temps partiel par an et « *tourne* » de plus en plus vite : la durée moyenne de séjour baisse ainsi dans toutes les disciplines. En 2000, comme le souligne le rapport de la Cour des comptes⁵, elle était pour l'ensemble du territoire et toutes disciplines confondues (y compris les soins de suite ou de réadaptation) de 6,7 jours dans le secteur public et de 5,1 jours dans le secteur privé.

Les malades expriment aujourd'hui de nouvelles demandes et sont exigeants à l'égard de la médecine (quasi-obligation de résultats). La possibilité de contentieux modifie les rapports

⁴ B. Kouchner, « *Le premier qui dit la vérité...* », Robert Laffont, novembre 2002

⁵ « *La Sécurité sociale* », Éditions des journaux officiels, novembre 2002

soignants-malade et exerce une pression très forte sur le praticien qui, par ailleurs, exerce un art bien souvent difficile, qui ne se résume pas au respect d'un algorithme.

1.2 Le rapport au travail change

Comme dans toute la société, le rapport au travail a également évolué à l'hôpital. La technicité et le professionnalisme remplacent le dévouement comme valeur de référence. Les infirmières ou les aides-soignantes souhaitent préserver leur vie de famille, malgré des impératifs contraignants d'une organisation à feu continu. Les médecins eux-mêmes aspirent et revendiquent un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, parallèlement à ce que l'on constate en ville avec l'abandon de la garde ordinaire par les médecins libéraux. Ce n'est peut-être pas un hasard si les spécialités choisies par les étudiants en médecine après leur internat concernent plus des spécialités pour lesquelles les gardes sont quasiment inexistantes (dermatologie, ophtalmologie...) au détriment de la chirurgie, l'obstétrique...

De même, au sein de l'hôpital, la fonction hiérarchique du médecin chef de service est également remise en cause dans ses modalités d'exercice par le reste des professionnels. L'autorité du « *patron* » n'est plus la même, les décisions sont contestées ou non appliquées, sans que, pour autant, des sanctions puissent être apportées, face à des soignants fortement – et parfois à juste titre – critiques et en demande de reconnaissance. Le pouvoir du chef de service est relatif, tant la prise de décision à l'hôpital est aujourd'hui régulée par grand nombre de commissions consultatives et sous l'autorité du directeur de l'établissement, sans que ce dernier ait pour autant le pouvoir de régler l'organisation d'un service. De façon générale, c'est plus une gestion catégorielle des personnels qui règne, avec des conséquences aberrantes, comme par exemple la non-concordance entre les congés de personnel médical et paramédical.

1.3 L'accélération du progrès médical

L'accélération du progrès médical est une autre source de tension, d'autant que le médecin hospitalier est réputé mettre au service de son patient les données les plus actuelles de la science. Ces progrès modifient en permanence les relations au travail entre disciplines et demandent des changements d'organisation importants. Comment comparer la chirurgie digestive d'il y a 30 ans avec celle d'aujourd'hui en plein bouleversement, compte tenu du développement de l'endoscopie ? Quel point commun y a-t-il entre une opération de la cataracte il y a encore 10 ans et l'intervention en hôpital de jour aujourd'hui ? De même, les innovations thérapeutiques de médicaments bouleversent considérablement la prise en charge. Ce fut le cas avec la trithérapie et la chimiothérapie, et bientôt peut-être pour le traitement de la maladie d'Alzheimer. Les services se spécialisent de plus en plus, avec des professionnels de plus en plus « *pointus* », et de moins en moins généralistes. C'est une source d'efficacité pour la prise en charge mais elle accroît les rigidités d'un système déjà très figé. Une infirmière de cardiologie ne peut aujourd'hui assurer des remplacements dans un service de neurologie sans une formation préliminaire indispensable.

1.4 De nouvelles charges

Enfin, on demande de plus en plus de choses à l'hôpital, qui par ailleurs ne choisit pas les patients qu'il traite. À commencer par les urgences hospitalières qui, victimes de leurs succès, et devant l'abandon de la permanence des soins par les médecins de ville et en raison des facilités d'accès (possibilité d'y aller en dehors des horaires de travail, pas de nécessité de payer...) connaissent depuis 5 ans des taux de fréquentation en forte progression. Près de 90 % des consultations réalisées en urgence ne relèvent pas de l'urgence proprement dite ; il y a là une forte inadéquation de la prise en charge, surtout lorsqu'il s'agit d'établissements universitaires, où le prix de revient réel de la consultation est très élevé, en comparaison du prix remboursé pour une consultation réalisée en ville.

L'hôpital doit aussi être présent sur tous les créneaux, de la lutte contre l'exclusion à la dernière innovation technologique, de la prise en charge de la douleur à la transplantation d'organes, des soins palliatifs à toutes les palettes de la vigilance sanitaire (matéριο-, hémo-, pharmaco-vigilance...). Aujourd'hui, 75 % des personnes meurent à l'hôpital, qui doit également prendre en charge cette mission, ce qui était autrefois du ressort de la famille.

Par ailleurs, les différentes réformes hospitalières ont créé pour les établissements de santé de nouvelles obligations sans pour autant supprimer ce qui n'est plus nécessaire. Il est bien plus satisfaisant et gratifiant pour les responsables politiques de lancer de nouveaux projets et de nouveaux chantiers, plutôt que de vouloir procéder à un toilettage des procédures et de repenser les organisations. Il n'est pas étonnant que le plan « *Hôpital 2007* », lancé par l'actuel gouvernement n'ait de ce point de vue pas reçu d'écho très favorable de la presse. Il s'attaque au cœur de fonctionnement de l'hôpital, à savoir sa capacité managériale à s'adapter en permanence. Ainsi, parce qu'il contient beaucoup de dispositions ou d'intentions qui visent à simplifier et à réorganiser plutôt qu'à créer ou bouleverser le système, ce n'est pas un plan médiatiquement spectaculaire pour quiconque ne connaît pas intimement la vie quotidienne des professionnels hospitaliers.

2. Un système rigide, incapable de s'adapter

C'est dans le domaine du management et de la gestion que l'hôpital souffre aujourd'hui cruellement d'un manque de réactivité face aux nouveaux enjeux de santé.

2.1 La faiblesse des marges de manœuvre budgétaire

Les effets anti-incitatifs du budget global, adopté depuis 1983, sont bien connus. Les établissements dynamiques et les professionnels qui innovent ne peuvent être récompensés de leurs efforts, tandis que les autres peuvent vivre tranquillement dans leur coin sans être inquiétés. La mise en place du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) – qui vise à mesurer la productivité d'un établissement – et son utilisation pour la procédure budgétaire pour récompenser les plus performants restent encore aujourd'hui marginale.

De même, la persistance de systèmes de financement distincts et étanches entre les établissements publics et les établissements privés à but lucratif, ne contribue pas à faire évoluer le système. Comme chaque secteur ne peut se comparer à l'autre, chacun campe sur ses positions : le secteur privé rappelle à l'envie « *le facteur 2* » selon lequel il est deux fois plus compétitif que le public, et ce dernier argue du fait que le privé choisit ses malades et n'a pas à assurer l'enseignement, la recherche et la permanence des soins. Tant que l'échelle de comparaison n'est pas la même, le débat sur la qualité de l'organisation et des soins se limitera à des lieux communs et des déclarations d'intention.

À ceci, il faut ajouter que 2/3 des dépenses d'un budget hospitalier sont des dépenses de personnel ; avec toutes les dispositions statutaires rigides de la fonction publique hospitalière. Qui plus est, la multiplication depuis trois ans des avantages catégoriels non financés a mis une majorité d'hôpitaux dans le « *rouge* ». De nombreux établissements renoncent à financer certains investissements pour des revalorisations salariales, c'est ce qui explique – en partie – l'état de délabrement de certains sites.

2.2 L'impossible gestion de ressources humaines

L'emploi sur place à vie provoque, d'un point de vue managérial, des effets pervers. Ne pouvoir récompenser ou sanctionner un agent pour des raisons pertinentes influe sur le comportement de tous. Laisser en place quelqu'un d'inefficace, surtout un chirurgien ou un médecin, a un coût induit énorme, en raison de l'effet de découragement que cela provoque auprès du reste du personnel. « *Changer l'hôpital c'est aussi avoir le courage de ne pas garder certains médecins, administrateurs et autres personnels dépassés ou*

paresseux » (Guy Vallancien). Ne pouvoir récompenser un autre car il s'est beaucoup donné ou a accepté de prendre des responsabilités ou a bien voulu aller travailler sur un secteur où le personnel fait défaut (personnes âgées, psychiatrie...) affaiblit au fil du temps les vocations les plus solides. **Si les hospitaliers n'ont pas le moral aujourd'hui, c'est aussi qu'ils ont en assez d'être tous traités de la même façon qu'ils soient méritants ou non.**

De même, comment gérer une institution lorsque la nomination des médecins dépend exclusivement du niveau national, en dehors de toute évaluation du service rendu et de toutes préoccupations locales ? Dominique Coudreau, ancien directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France (ARHIF)⁶, en faisant le bilan de l'action conduite en 5 ans dans cette région, déclare à ce sujet : **« l'absence de mobilité des praticiens, en dehors du volontariat, est un obstacle quasi-insurmontable pour la mise en œuvre des restructurations et l'adaptation des effectifs aux nouvelles activités »**. Autant de raisons qui font que les praticiens hospitaliers sont parfois hostiles à toute restructuration, ne serait-ce que parce qu'ils n'y ont eux-mêmes que peu d'intérêt en termes de carrière. De même, aucun dispositif ne permet à l'heure actuelle à un médecin d'évoluer vers une nouvelle spécialité.

D'une façon générale, la politique de ressources humaines est inexistante dans les établissements publics, en comparaison des progrès réalisés dans les entreprises privées, ce qui est dramatique pour la fonction publique hospitalière et pour un secteur rassemblant plus de 800 000 personnes, sans même parler de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ainsi que de leur reconnaissance.

2.3 Une réglementation foisonnante

Pour en finir avec la rigidité des règles de gestion interne – nous ne pourrions les énumérer toutes – il faut également mentionner toutes les normes de sécurité sanitaires qui se multiplient avec des niveaux d'exigence inversement proportionnels à toute chance de réalisation opérationnelle (décrets périnatalité, décrets réanimation, mise en conformité des urgences, etc.). Dans un registre très différent, les délais et procédures imposées par le code des marchés publics, allongent les délais de réalisation des opérations immobilières⁷ et les acquisitions de matériel.

2.4 Une gouvernance inexistante

Sans retomber dans l'opposition galvaudée entre médecins, soignants et administratifs, on ne peut faire l'impasse du poids des syndicats ou des corporatismes, ainsi que de celui du politique à l'hôpital. Là aussi, beaucoup a été dit et écrit, mais il faut rappeler les dégâts pour l'hôpital et l'ensemble du système de santé. Et le mot n'est pas trop faible, résultant d'une pression syndicale représentative de professionnels souvent minoritaires, qui réussissent par la menace de la grève ou de la paralysie du système à faire plier successivement tous les gouvernements. Ce sont souvent les mêmes personnes qui négocient au niveau national des dispositions raffinées dans leur complexité sur les compétences propres et les droits de chaque corps de métiers, les décrets de mise aux normes sanitaires et qui ensuite se plaignent du manque de personnel pour les appliquer. Le système est ainsi soigneusement autogéré, contrôlé, verrouillé et impropre à toute adaptation.

⁶ ARHIF dans « *Un bilan pour rendre compte, des propositions pour avancer, 97-2001* »

⁷ Ainsi, un bloc opératoire termine d'être rénové au moment même où la décision de fermeture a été prise comme cela a pu être constaté lors de l'opération de transfert parisienne entre l'hôpital Broussais et l'hôpital européen Georges Pompidou.

Quant au politique, pourquoi aujourd'hui encore confier la présidence du Conseil d'administration au maire de la commune ? Quelle est sa légitimité ? Gérard Larcher⁸, vice-président du Sénat et président de la Fédération hospitalière de France, explique l'absence de débat politique à propos de l'hôpital par le fait suivant : **« ne nous voilons pas la face : l'élu local n'a pas cherché à s'impliquer dans un débat national où, dans un contexte de maîtrise des comptes sociaux, un discours responsable aurait pu le conduire à prendre des positions contraires à celles qu'il prenait localement en défendant « son » hôpital », premier employeur de « sa commune »** ». Au final, les Conseils d'administration, lorsqu'il s'y passe quelque chose, offrent le triste spectacle de confrontations d'intérêts particuliers sans qu'il ne ressorte de décisions stratégiques pour l'établissement.

Les élus réclament aujourd'hui plus de pouvoir dans la gestion du système de santé sans pour autant en accepter la responsabilité, à commencer par la responsabilité financière. Leurs réticences à accepter des transferts de compétence en matière de santé lors des débats actuels sur la décentralisation en est un des premiers signes. Notre sentiment est qu'il faut dans ce cadre résister à ce type de pression politique bien souvent trop opportuniste, tant que les élus – ou en tout cas bon nombre d'entre eux – n'auront pas de meilleures dispositions à l'égard du système de santé. Et, pourtant, l'hôpital et, de manière plus générale, la gestion du système de soins, mériteraient un véritable débat démocratique, prenant en compte l'intérêt général et non les intérêts particuliers et donc une plus grande implication des politiques, permettant de ne pas laisser le système dirigé par une poignée de technocrates sans légitimité aucune. En résumé, l'hôpital a besoin de politiques responsables, sans quoi le système de soins risquerait de s'en trouver dégradé.

2.5 Une crise démographique à venir

Tout rapport sur l'hôpital ne peut faire l'économie du problème démographique de personnel hospitalier, ressenti déjà très fortement dans certaines régions ou à venir pour d'autres.

Bien évidemment, il n'y a jamais eu autant de médecins en France mais encore faut-il que l'ensemble du territoire soit également couvert en fonction de la densité de population. Il faut aussi anticiper sur la baisse annoncée à partir de 2020 des effectifs médicaux ainsi que de la « pénurie » connue ou imminente dans certaines spécialités (anesthésie-réanimation, radiologie, pédiatrie, psychiatrie...).

Bien évidemment les quotas des écoles d'infirmières ont été augmentés, mais il faut également s'inquiéter de savoir pourquoi les quotas ne sont pas tous remplis et pourquoi une fois formées, les infirmières partent pour d'autres régions. C'est ainsi que dans la région Ile-de-France, en fin 2002, 9% des postes d'infirmières étaient vacants toutes disciplines confondues, entraînant dans certains endroits des fermetures de lits en cascades. Il faut imaginer l'état de la situation pour les secteurs traditionnellement moins attractifs : psychiatrie, prise en charge des personnes âgées, soins de suite ou de réadaptation... La Situation n'est guère plus brillante pour les manipulateurs de radiologie ou d'autres catégories de personnel paramédical ou médico-technique.

Un hôpital sans bras ne peut fonctionner et le problème démographique concerne l'ensemble de la filière hospitalière depuis la formation des professionnels jusqu'au retour à domicile des patients. Il doit être aujourd'hui traité de front dans sa globalité, même si les leviers d'action sont souvent faibles, les effets non immédiats et la sensibilité forte.

⁸ G. Larcher, Figaro Magazine, samedi 12 octobre 2002.

2.6 Ni stratégie, ni pilote

C'est l'ensemble du pilotage de l'hôpital qui est mis à mal. Piloter un système nécessite, après concertation, la définition d'objectifs clairs et mobilisateurs par un organe de décision unique, des missions précises données à chacun ainsi que des indicateurs pour évaluer s'ils sont atteints. L'hôpital ne dispose à ce jour d'aucun de ces éléments : administrativement rattaché à la Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des soins du ministère de la Santé, il est également destinataire de réglementations des autres directions à commencer par la Direction générale de la santé et la Direction de la sécurité sociale, de la Caisse nationale d'assurance-maladie, des différentes agences sanitaires récemment créées, sachant que l'application de chacun de ces textes est hautement prioritaire...

En matière d'indicateurs d'activité, de performance ou de mesure de la qualité, la réalité hospitalière est également pauvre ; il est fait référence à l'indigence du système d'information et à un défaut de données épidémiologiques. Comme l'analyse la Cour des comptes dans son rapport 2002 : *« si la Cour prend acte des progrès accomplis dans la construction et l'utilisation du PMSI, de la rénovation de la SAE et de la prochaine mise en service de PARHTAGE, des efforts sont encore nécessaires pour mettre à disposition des acteurs – État, assurance-maladie et hôpitaux – des bases de données fiables, accessibles, permettant de mieux suivre les effets des politiques... de même, jusqu'à maintenant, la dépense de médicament à l'hôpital n'a pas suscité d'intérêt particulier alors que sa croissance est très rapide depuis plusieurs années ».*

Une enquête empirique et informelle, effectuée par une membre de notre groupe dans un grand CHU parisien, fait apparaître que le dossier patient hospitalier n'est pas exploitable car peu ou mal documenté : 50 % des médecins prescripteurs ne sont pas identifiés, le motif de l'hospitalisation n'apparaît pas dans 20 % des cas, le compte rendu de sortie est absent dans 30 % des dossiers, et les informations sur les résultats d'analyse de sang absents dans 30 %. Quant au PMSI, une erreur de diagnostic principal apparaît dans 25 % des cas.

Une autre enquête, menée auprès du personnel infirmier dans les hôpitaux publics de plusieurs grandes villes françaises en décembre 2002, relève premièrement que les quotas d'heures de formation ne sont pas atteints, par manque de personnel, et deuxièmement que les cours sont le plus souvent dispensés sous forme de conférence magistrale, sans interactivité ou adaptation aux besoins individuels.

Aussi le secteur hospitalier ne brille-t-il pas particulièrement par sa capacité d'adaptation. Les exemples actuels de pénuries de personnel médical ou soignant en témoignent, même s'il était difficile d'anticiper il y a 10 ans la mise en place des 35 heures ou des directives européennes, et s'il est toujours difficile de prévoir les effets des évolutions technologiques. Il n'en reste pas moins que le pilotage du système souffre gravement d'un manque d'outils lui permettant sinon de prévoir mais au moins de réduire au maximum l'imprévisible. Alors que l'hôpital devrait être le fer de lance des systèmes d'information, incitant les professionnels de la ville à agir dans le prolongement des systèmes hospitaliers, la situation est le plus souvent inversée. Les systèmes d'information hospitaliers sont plus vétustes et rigides que les outils déployés en ville.

L'hôpital ne sait plus où il est ni où il va alors que tout autour de lui change y compris les modalités d'hospitalisation...

VERS UNE HOSPITALISATION POLYMORPHE

Le concept d'hospitalisation polymorphe permet de distinguer les missions, principes et instances de coordination et de mode de financement qui s'imposent à l'ensemble des établissements de soins et répondent aux exigences de service public de celles qui donnent tout son sens au polymorphisme, autonomie, diversité de gouvernance, tarification des activités...

1. Lignes directrices

L'hôpital, comme toute institution, est et sera en permanence confronté à de profondes évolutions. La clef du succès réside dans la capacité managériale à trouver les capacités de surmonter ces contraintes, aujourd'hui et demain.

Il est difficile de décrire à 10 ans ce que sera l'hôpital et bien rares sont ceux qui, par le passé, ont réussi à imaginer l'évolution générale d'un système aussi complexe. Néanmoins, il y a des tendances générales qui vont s'accroître, quelques traits qui se dessinent peu à peu, que nous allons tenter d'esquisser à partir du concept d'« *hospitalisation et d'hôpital polymorphe* ».

Une seule certitude : l'hôpital demain et, plus généralement, les établissements de soins, ne seront plus semblables à ce que nous connaissons aujourd'hui. Il est illusoire d'en prévoir tous les contours. L'hospitalisation de demain sera polymorphe et il n'y aura pas un modèle unique d'hôpital mais une variété d'établissements, recouvrant des organisations diversifiées, assurant des missions variées en fonction du contexte dans lequel ils se situent : des établissements partie prenante de réseaux, en liaison étroite avec la médecine de ville, des hôpitaux sans murs ou quasiment pour gérer l'hospitalisation à domicile, des établissements organisés autour d'un plateau technique très spécialisé, d'autres centrés sur l'hébergement et la dispensation de soins à des personnes âgées dépendantes, des établissements privilégiant l'urgence et les soins de premiers recours... Comme le soulignait Antoine Durrleman⁹ : « Il n'y aura sans doute pas au XXI^e siècle un seul modèle d'hôpital public - et c'est sans doute ce qui changera le plus par rapport au système hospitalier actuel - mais plusieurs modèles qui s'affirment peu à peu ».

On voit déjà se développer la notion de « *soins de réhabilitation* », dispensés en établissement ou en HAD, situés entre l'hôpital de haute technologie où les durées de séjours de plus en plus brèves et la médecine de proximité.

Cette tendance au polymorphisme est déjà initiée : les récentes réglementations s'orientent vers une organisation des sites selon différents niveaux : c'est par exemple le cas pour la périnatalité, l'articulation entre les maternités de niveau I, II et III. De même pour la cancérologie avec des sites de références... Le polymorphisme induit une diversité des modes de gestion des établissements et de leur structure juridique.

Introduire le concept d'établissement de soins polymorphe, pas nécessairement défini à partir d'un ensemble immobilier, permet de donner la possibilité aux établissements de

⁹ Antoine Durrleman, « *La Jaune et la Rouge* », février 2001.

soins d'aujourd'hui de s'adapter en continu pour faire face aux évolutions de toute nature (thérapeutique, démographique, sociologique) et non par rupture chaotique en fonction des injonctions uniformes, législatives ou réglementaires successives. **Cependant, une chose est certaine : l'évolution impérative pour s'adapter à ce nouveau contexte ne vas pas de soi.** Comme le souligne la Fédération hospitalière de France (FHF) : *« l'hôpital a des boulets aux pieds » qui sont toujours plus lourds. Il est urgent de prendre des mesures radicales pour lui permettre de s'adapter pour faire face à une concurrence privée qui se réorganise rapidement, choisit ses créneaux d'activité et dispose de leviers financiers puissants ».*

Supprimer les boulets, donner les moyens de s'adapter, tel est le défi à relever. Quant à la concurrence, tant mieux si le privé sert d'aiguillon, encore que les boulets sont harmonieusement répartis : ils pèsent aussi sur le privé, et le jour où certains établissements privés se déconventionneront de l'assurance-maladie pour vivre leur vie, nous entrerons véritablement dans un système de santé à plusieurs vitesses comme le montre les exemples italiens ou espagnols, sans parler du Royaume-Uni.

Qu'on le veuille ou non, l'hôpital public doit devenir une véritable entité de dispensation de soins et, pour reprendre la formule de Gérard Vincent, actuel délégué général de la Fédération hospitalière de France, l'hôpital n'est peut-être pas une entreprise mais il n'est certainement pas une administration, il faut donc qu'il se donne les moyens de devenir une organisation managée, capable de s'adapter en permanence aux changements environnants. C'est le seul moyen de sauver l'hôpital public, contrairement aux déclarations catégorielles qui, sous prétexte de vouloir conserver l'hôpital tel qu'il est, vont l'étouffer et font le jeu de ses détracteurs.

L'hôpital est *« condamné »* à évoluer. La réforme de 1991 donnait tous les outils pour que l'hôpital soit en mesure de s'adapter (contractualisation interne, intéressement des personnels...). Cependant, ses excellentes intentions n'ont pas permis la modernisation de l'hôpital public. Non pas qu'elles aient été inadaptées à la situation mais tout simplement parce qu'elles n'ont pas reçu la priorité dont elles avaient besoin, qu'elles ont été dénaturées par la succession d'autres priorités et l'adjonction de réglementations. Finalement le système sombre sous le poids de ses contradictions.

- **Bien gérer l'hôpital ? un art à inventer !**

Relever ce défi, c'est dépasser le conservatisme, tout repenser, bien expliquer, prendre des mesures radicales et mobiliser l'ensemble des acteurs car toutes les écoles de management l'enseignent : une institution qui n'a pas une claire vision de son évolution n'a plus d'avenir, pas plus qu'une institution dont le management a certes sa propre vision de l'avenir mais ne cherche pas à la partager avec ses collaborateurs.

2. Ce qui s'impose à l'ensemble des établissements de soins

2.1 Les missions fondamentales

Nous distinguons trois missions fondamentales à l'ensemble des établissements de soins :

- **Contribuer au socle de solidarité**, fondement de notre système de santé. Ceci signifie que les établissements de soins garantissent la qualité des soins qu'ils dispensent (qualité qui ne se décrète pas mais qui s'évalue), afin d'éviter l'instauration d'un système à deux vitesses dont les prémisses se dessinent aujourd'hui, à travers la discrimination de fait entre les patients « *initiés* » et ceux qui ne le sont pas ;
- **Assurer la continuité des soins** : un hôpital ou un établissement de soins se doit de considérer le patient au sein d'une chaîne de soins qui ne commence ni ne s'arrête à l'hôpital. Il doit s'intégrer à son environnement médical, social et économique ;
- **Recourir aux traitements les plus performants validés et contribuer à améliorer leurs performances**, afin de demeurer à la pointe du progrès médical. Tous les établissements de soins contractualisant avec des UFR médicales doivent être impliqués dans la formation des personnels soignants, notamment pour tout ce qui concerne la formation pratique au lit du malade des personnels médicaux et paramédicaux.

2.2 Un principe d'action et un impératif

2.2.1 Le principe d'égalité

Chacun doit pouvoir accéder au niveau de sa région à une gamme diversifiée de soins de qualité. Le réseau des établissements de soins publics et des établissements de soins privés doit répondre sur ce territoire à cette exigence de service public. Certains soins par leur spécificité ou les plateaux techniques qu'ils exigent ne peuvent être envisagés qu'au niveau national ; leur localisation et les modalités d'accès doivent alors être clairement définies et affichées.

Avoir des soins de qualité signifie, dans notre esprit, que des procédures d'évaluation transparentes doivent être conduites par des institutions médicales indépendantes des établissements et leurs résultats rendus public. L'égalité d'accès, sans mise en œuvre de façon concomitante de procédures d'évaluation, n'a aucun sens car, comme cela se produit déjà aujourd'hui, seul les « *initiés* » sont informés et à même de se guider à travers le labyrinthe de l'offre de soins.

Observons également qu'une des vertus que l'on devrait attendre d'un système centralisé, bien géré, est de veiller à l'égalité en termes d'infrastructures de santé, par exemple entre les régions. Au Royaume-Uni, quelles que soient les critiques que l'on peut formuler à l'encontre du NHS, ce dernier est capable d'allouer des dotations financières aux différentes régions sur des critères objectifs.

Dans notre pays, paradoxalement, alors que le système décisionnel hospitalier est extrêmement centralisé, qu'il existe une direction des hôpitaux, que les administrations régionales et départementales disposent elles aussi de pouvoirs de tutelles réels et que des plans régionaux SROSS sont élaborés périodiquement, les disparités régionales, en termes d'infrastructures hospitalières et de répartition des emplois, sont pérennes et considérables (cf. rapport Lasaire). On peut, sans exagérer, qualifier l'organisation de notre système hospitalier, d'anarchie sclérosante.

2.2.2 L'impératif de réactivité

Ce principe s'impose pour anticiper les évolutions futures inéluctables de toutes nature (scientifique, technique, sociologique, démographique) que nous avons esquissées pour

réagir rapidement et s'adapter. En fait, la mise en œuvre de ce principe suppose bien sûr l'élimination des « boulets » qui pèsent sur le système mais ensuite d'éviter, par une organisation judicieuse, que de tels boulets réapparaissent avec le carcan administratif qui l'accompagne.

La mise en œuvre des principes d'égalité et de réactivité exigent un mode nouveau d'organisation pour faire en sorte que notre système de santé et notre système d'assurance-maladie continuent à reposer réellement, et non plus seulement, au niveau des déclamations sur le principe de solidarité nationale.

2.3 Le rôle de l'État et les Agences régionales d'hospitalisation (ARH)

L'État a une mission régalienne à remplir dans le domaine de la santé afin de garantir le principe d'égalité, c'est-à-dire garantir l'accès à des soins de qualité par tous. Une telle mission, pour être correctement assurée, ne peut se concevoir qu'au plus près des établissements et prendre en compte l'environnement hospitalier réel des patients sur un territoire pertinent qui, selon nous, est la région.

C'est pour cela que nous proposons de maintenir mais de faire évoluer les missions des Agences régionales d'hospitalisation qui doivent devenir le véritable bras séculier de l'État au niveau régional avec corrélativement suppression de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au niveau du ministère qui n'aurait plus sa raison d'être telle qu'elle est aujourd'hui. Une structure de mission centrale légère suffirait largement.

Les prérogatives des ARH seraient étendues par rapport à leurs missions actuelles pour en faire des instances de régulation afin de prendre en compte le nouveau contexte où les hôpitaux et, plus généralement, les établissements de soins bénéficieraient d'une large autonomie (cf. autonomie des établissements de soins).

Les prérogatives des ARH

Il appartiendrait à ces ARH nouvelle version :

- de veiller à ce que l'offre hospitalière de soins, tant publique que privée, garantisse l'égalité d'accès à une large gamme de soins pour les résidents de la région, notamment des établissements de soins de suivi et des missions d'accueil pour les personnes âgées ;
- de rationaliser réellement au niveau intra-régional l'accès aux soins, alors qu'il y a aujourd'hui pléthore d'offre à certains endroits, alors qu'à d'autres les durées d'attente pour des examens indispensables s'allongent au-delà de l'acceptable ;
- de répartir avec pertinence entre les différents établissements hospitaliers, tant publics que privés, les budgets afférents aux missions de service public, notamment pour l'organisation des services d'urgences. Nous citons à ce sujet Guy Vallancien : **« quand plus de mille hôpitaux de toutes tailles et sans coordination assurent des urgences mettant en jeu chaque nuit au minimum dix personnes de garde par institution alors que l'on recense globalement moins de 400 interventions chirurgicales urgentes par nuit en France, on mesure le gâchis en personnel qui pourrait être employés autrement avec une plus grande efficacité »** ;
- de gérer administrativement et fonctionnellement les personnels d'État qui, transitoirement, ne seraient pas affectés à un établissement (notamment lors des phases de restructuration des établissements) ;
- de procéder à l'accréditation des composantes des établissements (services, départements) en utilisant les agences nationales compétentes. Ne seront pris en charge au titre de l'assurance-maladie universelle que les soins dispensés au sein de composantes accréditées. **De même, l'ARH pourrait commanditer des audits médicaux à des Institutions indépendantes pour procéder à des évaluations a**

***posteriori* qui seraient rendues publics afin de garantir la qualité et la pertinence des soins dispensés au sein des établissements relevant de sa compétence et fournir aussi des informations fiables à l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance-maladie universelle.**

À ce sujet, il serait certainement opportun de réactiver à l'initiative des ARH le projet dit ECSSH (Évaluation comparative des services et structures hospitaliers), élaboré en 1995-1997 et qui consistait à comparer entre eux, dans chaque région, tous les services de même discipline, en fonction de trois critères : moyens mis en œuvre, qualité et légitimité des soins dispensés, coût.

Pour ce faire, sous l'égide d'un comité de pilotage national, environ 400 professionnels, soignants en majorité, et quelques gestionnaires, se sont mobilisés et ont élaboré des grilles de recueil de données qui ont été validées par les sociétés savantes, pour la trentaine de disciplines les plus importantes. Ces grilles avaient été conçues pour que leur documentation au sein des services puisse être effectuée en moins de deux jours, et sans désorganiser le service.

Ce projet de comparaison de services apparaissait donc comme un instrument prémonitoire de mise en œuvre d'une politique d'accréditation et d'appréciation de la qualité de service.

Malheureusement c'était certainement trop simple et opératoire, l'approche par service a été récusée, le rapprochement entre accréditation et autorisation de fonctionnement refusé, le lien entre accréditation, évaluation de la qualité et financement évacué.

Le ministre des Affaires sociales, cédant à des pressions corporatistes et s'appuyant sur des arguments de circonstance, en a interdit l'utilisation par lettre aux directeurs d'agences régionales d'hospitalisation le 7 juillet 1999 !

2.4 Les modalités de financement

On distingue, au niveau de chaque établissement, un budget de service public et un budget de soins.

Le budget de service public afférent aux missions de service public de l'établissement, urgences, formation, voire des contraintes d'aménagement du territoire serait négocié auprès des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et financé sur le budget de l'État. Ce budget concernerait notamment la prévention, la permanence des soins, la précarité. Les actions de formation et de recherche feront l'objet d'un financement ultérieur.

En revanche, le budget de soins relèverait des acheteurs de soins, au premier rang desquels l'assurance-maladie universelle pour les soins couverts par le régime obligatoire.

Quel que soit l'établissement, le financement des soins serait établi sur la base de coûts par activité qui recouvre le forfait par pathologie ainsi que la prise en charge de l'acte selon que le motif des soins peut être classé dans un cadre prédéterminé (une pathologie avérée) ou qu'il ne peut pas l'être (ex : actes de détection des lésions) voire des forfaits plus larges arrêtés par l'établissement, et pourrait faire l'objet de contrats avec les différents acheteurs de soins. Le principe de la tarification à l'activité n'est aujourd'hui remis en cause par personne, que ce soit en France comme à l'étranger. Comme il a été remarqué par la DREES lors d'un colloque en 2001¹⁰, intitulé « *la tarification à la pathologie, les leçons de l'expérience étrangère* » : « *un des paradoxes des analyses qui sont développées est d'observer que le système de la tarification à l'activité est paré a priori des vertus nécessaires pour atteindre des objectifs très différents voire plutôt contradictoires. Au Royaume-Uni et en Scandinavie par exemple, il s'agira d'inciter au développement de la prise en charge pour réduire les files d'attente, c'est à dire augmenter l'activité des*

¹⁰ « *La tarification à la pathologie : les leçons de l'expérience étrangère* », actes du colloque, 7 et 8 juin 2001.

établissements. Ailleurs, comme en France, où les files d'attente sont pratiquement inexistantes, il s'agira d'améliorer l'efficacité du système par la mise en place de règles identiques pour tous les établissements et par là-même de contenir la croissance des coûts ».

3. Ce qui relève du polymorphisme au quotidien

3.1 De l'autonomie

« L'assouplissement des règles de gestion de l'hôpital est une nécessité. Il passe par une réforme du statut de l'hôpital public donnant plus d'autonomie aux établissements mais aussi plus de responsabilités ».

« C'est à cette double condition que la confiance des personnels hospitaliers peut-être restaurée en les soutenant face aux difficultés qu'ils rencontrent et en les responsabilisant par une plus grande délégation de gestion interne sous forme contractuelle ».

Ce jugement n'émane pas d'une officine ultra-libérale mais de la très corporative Fédération hospitalière de France. Nous pourrions compléter par l'observation d'Alain Touraine : *« les hôpitaux financés par la Sécurité sociale devraient fonctionner selon d'autres règles que celles d'un service d'État »*¹¹.

En effet, le nécessaire respect du principe de réactivité, indispensable pour permettre aux établissements d'anticiper et de s'adapter aux évolutions de toutes natures, leur impose d'adopter *« un mode moderne de management qui fait tant défaut. »*

Si ce genre de propos et le concept d'autonomie recueillent l'unanimité sur le papier, il est essentiel de les rendre concrets et surtout opératoires afin que le débat puisse au moins s'organiser. Ce qui serait déjà un progrès !

Plutôt qu'une réforme globale qui ne verra jamais le jour, nous préconisons l'expérimentation à partir de modèles qui marchent déjà ici, en France !

Notre proposition centrale est simple : donner la possibilité aux établissements publics de soins qui le souhaitent de devenir des établissements privés de soins à but non lucratif. Cela n'a rien de révolutionnaire, de nombreux établissements de soins qui très souvent dans l'opinion sont assimilés à des établissements publics fonctionnent dans ce cadre. Citons par exemple : la fondation Rothschild, l'hôpital Foch, l'institut mutualiste Montsouris, la clinique Beau Soleil à Montpellier et l'hôpital Saint Joseph à Marseille.

C'est un secteur qui s'apparente au secteur associatif pris au sens large du terme (associations, fondations, mutuelles...). C'est une sorte de « 3^e voie » entre le secteur public et le secteur privé à but lucratif, inventé par le législateur français à la fin des années 1970. En Europe, ce secteur est dominant et est considéré comme porteur d'avenir, notamment dans les pays de culture anglo-saxonne, où déjà la majorité des soins hospitaliers est dispensé par des établissements à but non lucratif (y compris aux États-Unis).

Observons que d'une façon symétrique il est déjà possible pour des établissements privés à but lucratif d'évoluer vers ce type de structure, de nombreux l'ont fait depuis 1970. Avec l'évolution proposée, l'établissement de soins privé à but non lucratif pourrait devenir le standard français.

Comme l'indiquent les dispositions de l'article R 715 -6-3 et suivants du code de la santé publique, un établissement participant au service public hospitalier (PSPH) se crée sur simple demande auprès du directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation, qui en assure

¹¹ Le Monde, édition du 20 septembre 2002.

l'instruction pour le compte du ministre de la Santé. Cette demande est essentiellement composée d'un engagement de satisfaire aux obligations législatives et réglementaires du service public hospitalier, ainsi qu'un certain nombre de documents décrivant l'organisation interne de l'établissement. À noter que l'établissement doit être propriétaire des installations ou être lié au propriétaire desdites installations par un contrat permettant la bonne exécution de ses engagements. Observons enfin qu'un tel établissement peut louer ses locaux à un opérateur privé.

En définitive, le cadre réglementaire de création d'un établissement PSPH est relativement peu contraignant et repose sur du déclaratif – un simple engagement semble suffire.

Les règles de gestion qui s'y appliquent relèvent essentiellement du domaine privé :

- En matière budgétaire, même s'ils bénéficient des mêmes règles de financement, ils ne sont pas soumis à la même règle de séparation entre l'ordonnateur et le comptable et donc ne souffrent pas des paralysies occasionnées par l'intervention du Trésor Public ;
- En matière financière, ils disposent de la possibilité d'avoir une politique financière active notamment en pouvant placer des fonds ou des excédents de trésorerie ;
- En matière de personnel, les personnels sont sous contrat de droit privé y compris les médecins qui y sont salariés, dans le cadre d'une convention collective de branche : il y a donc possibilité de sanctionner, récompenser et éventuellement licencier ;
- En matière de politique d'achat, ils disposent de plus de souplesse que celle qui est imposée par le code des marchés publics : les délais sont moins longs, le contrôle de forme est moins scrupuleux, notamment pour la construction ;
- En matière de « *gouvernance* », le Conseil d'administration n'est pas présidé de droit par un maire, ce qui peut permettre d'atténuer le poids du politique dans la prise de décision, notamment lors de restructurations.

Notre définition est très générale et recouvre une très large diversité d'établissements avec murs ou sans murs : hôpitaux traditionnels, entités d'hospitalisation à domicile (HAD), réseaux...

Le support juridique d'un hôpital civil à but non lucratif peut être très diversifié pour s'adapter à la diversité des situations : association, fondation, société coopérative, groupement d'intérêt public, société d'économie mixte, etc. C'est cette institution qui est l'employeur des personnels salariés.

3.1.1 L'autonomie financière

L'autonomie est d'abord financière, l'établissement de soins à but non lucratif négocie son budget avec l'ARH pour la composante relative aux missions de services publics et des engagements pris pour respecter le principe d'égalité. Quant au budget de soins et comme nous l'avons déjà indiqué, l'autonomie financière ne peut se concevoir que dans l'hypothèse où le financement des soins hospitaliers reposerait sur les coûts à l'activité, c'est-à-dire que les établissements de soins seraient à même de négocier avec les payeurs sur cette base et d'émettre de vraies factures qui intègrent l'amortissement des équipements. Rappelons que les payeurs sont dans cette hypothèse l'assurance-maladie universelle¹² et éventuellement des assureurs supplémentaires pour des activités ou des services non pris en charge par

¹² Le fait que l'assurance-maladie universelle puisse ou non déléguer sa gestion du risque à des institutions d'assurance est indifférent pour le raisonnement.

l'assurance-maladie universelle (cf. rapport de l'Institut Montaigne : « *Vers une assurance-maladie universelle* »).

Son plan comptable respecte les règles en vigueur pour ce type d'établissement (compte d'exploitation, bilan).

- **Financement sur la base de l'activité**

Dans la situation idéale, ce financement est spécifique à chaque établissement. Il appartient à chacun d'entre eux d'optimiser pour les « *payeurs* » le rapport qualité/prix dans le respect du principe d'égalité qu'il appartient à l'ARH de garantir.

En effet, un établissement dynamique, contrairement à ce que l'on voit aujourd'hui, doit être mieux rémunéré que celui qui n'accueille relativement peu de patients.

Le prix doit dépendre théoriquement de la confrontation de l'offre et de la demande.

La demande est déterminée par le payeur, en lien avec l'acheteur de soin, au vu des besoins de santé au niveau régional. L'offre est proposée activité par activité, par les établissements civils de soins.

Sur ce sujet, plusieurs options peuvent être retenues, selon qu'il est considéré que le prix est fixé au niveau national, régional ou local. D'emblée, l'hypothèse d'un prix national est écartée par le groupe. Les deux hypothèses restantes ont chacune leurs avantages et inconvénients :

- avoir un prix unique par activité au niveau régional, permet de faire coïncider le financement des établissements et les besoins prioritaires de santé publique définis au niveau régional, même si cela risque de rigidifier le système ;
- négocier activité par activité avec chaque établissement est très lourd en termes de gestion de tarifs mais a l'avantage de l'efficacité et de la souplesse afin de prendre en compte les spécificités des établissements.

En un mot, il y a là deux objectifs contradictoires entre un principe d'égalité avec la garantie d'un prix fixe et un principe d'efficacité avec la possibilité d'un prix totalement concurrentiel.

Néanmoins dans toutes les hypothèses, cette tarification à l'activité – nous rajoutons à **l'activité pertinente** – est indissociable d'un système de facturation puissant qui fait cruellement défaut aujourd'hui dans le système hospitalier. Avec la montée en charge des réseaux et de l'ouverture sur la ville et sur l'international, le problème deviendra de plus en plus crucial.

Enfin, un troisième impératif s'impose :

- **De l'activité pertinente à l'évaluation**

Le financement à l'activité est aujourd'hui avancé comme le remède miracle. Mais, il ne faut pas s'attendre à ce que ce mode de financement règle toutes les difficultés de financement que connaît et connaîtra notre système hospitalier. En effet, il ne faut pas sous estimer le risque inflationniste du système de financement à l'activité. L'exemple de « *Medicare* » aux États-Unis est sur ce sujet très éclairant, comme le souligne le rapport de la mission expérimentale de tarification à la pathologie réalisé en avril 2002 : « *si les gains de productivité ont été importants les deux premières années (...), le taux de progression des coûts s'est rapproché de la tendance qui prévalait avant la réforme. La tarification à la pathologie n'est donc pas la panacée en matière de maîtrise de dépenses de santé* ».

En quelque sorte, certains écueils de la tarification au prix de journée pourraient être rencontrés à nouveau, des établissements cherchant à réaliser de « *l'activité pour l'activité* ». Ainsi, sans pour autant rejeter le système du financement à l'activité, il faut prévoir

concomitamment un système de garde-fous. Les deux garde-fous envisagés sont de nature économique et qualitative.

Il serait naïf de croire que du fait de la confrontation entre l'offre et la demande, l'équilibre du système pourrait être trouvé naturellement. Si la négociation de tarifs ou d'activités achetés effectivement permettrait inévitablement une allocation des ressources du système plus optimale qu'elle ne l'est aujourd'hui, le principe d'une enveloppe financière contrainte ne peut être écarté pour l'ensemble du système.

Les payeurs achèteraient des soins dans le cadre d'une enveloppe, définie au niveau national ou régional. Toute la difficulté réside dans le processus de décision de cette enveloppe, mais nous ne rentrerons pas ici dans le débat autour de la médicalisation de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie ; le souhait du groupe est que ce processus prenne en compte les besoins de santé, ainsi que les choix des consommateurs de soins que sont les patients.

En outre, il faut non seulement qu'un établissement de soin travaille mais encore faut-il s'assurer qu'il soigne bien les gens, c'est-à-dire que l'activité soit pertinente. Il y a là et c'est consubstantiel à la tarification à l'activité, la nécessité d'une bonne évaluation *a priori* et *a posteriori*, par exemple par l'analyse de la trajectoire du patient au sein de l'établissement voire à l'extérieur dans le cadre des réseaux par exemple.

À l'heure actuelle, personne n'évalue véritablement la pratique médicale d'un praticien hospitalier où si cela est fait, c'est fait par un médecin conseil de l'assurance-maladie dont les recommandations sont souvent peu prises au sérieux.

C'est au prix d'une politique d'évaluation, rigoureuse et acceptée par tous, qu'une partie des risques de dérives liés à la mise en place de la tarification à l'activité pourraient être partiellement levés et que ce système d'allocation des ressources pourrait être optimisé (la problématique de l'évaluation est traitée au paragraphe III.4 du présent rapport).

▪ Phase transitoire

La difficulté de mise en œuvre de la tarification à l'activité réside dans la maîtrise de la phase de transition nécessaire pour passer d'un système de financement à l'autre. Le passage à une tarification à l'activité mettra en évidence l'écart des dotations hospitalières entre établissements. La résorption de cet écart doit être traitée. La proposition du groupe est que pendant une période transitoire, les ARH soient dotés de fonds de restructuration sur des crédits d'État de préférence, permettant aux établissements de se « remettre à niveau ». Pour cela, il faut accepter le principe paradoxal selon lequel les restructurations nécessitent dans un premier temps un investissement financier permettant par la suite de dégager des économies conséquentes. C'est au prix d'un accompagnement financier que des restructurations de telle ampleur pourraient être opérées.

Si la tarification à l'activité pertinente, telle que l'a souhaitée Jean-François Mattéi, constitue un progrès très net dans son principe, force est bien d'écrire ici que le montage imaginé par les experts de la DHOS, au moins ce que l'on en connaît aujourd'hui, nous semble être un montage technocratique dont la complexité excessive rend problématique l'application réelle dans des délais compatibles avec les besoins hospitaliers ».

3.1.2 *Quid des personnels relevant de la fonction publique hospitalière ?*

C'est certainement le point essentiel. Ces personnels seraient détachés à l'établissement civil de soins par l'ARH selon une formule à imaginer en s'inspirant par exemple de ce qui a été fait pour La Poste ou France Telecom. La masse salariale afférente serait prise en charge sur le budget de l'établissement. Les conditions d'exercice de ces personnels seraient définies au niveau de l'établissement de soins. La rémunération des personnels relevant de l'État

pourrait être complétée via des formules variées (primes, intéressement), définies par l'établissement en fonction de ses performances et de son attractivité qui lui procureraient des marges de manœuvre budgétaires. En d'autres termes, un contrat de mise à disposition liant le fonctionnaire à l'établissement fixerait l'ensemble des modalités de cette dernière. Bien entendu, l'établissement civil pourrait, de façon autonome mais responsable dans le cadre de son budget, recruter des personnels contractuels de droit privé sous des formes variées (personnel temps plein, à temps partiel, médecins de ville exerçant à temps partiel à l'hôpital, plus généralement personnel soignant : infirmiers, kinés...). Il serait ainsi possible de sortir de l'enlèvement actuel comme le décrit avec humour Denis Labayle¹³ : « à l'hôpital public, pour créer un poste de médecin ou tout simplement changer le statut d'un médecin même à budget constant, il faut obtenir non seulement l'accord de la Direction de l'établissement, de la Commission médicale et du Conseil d'administration mais aussi l'avis favorable du médecin-inspecteur et du directeur de la DDASS, l'avis de l'ARH et pour certaines transformations de poste de la DDASS ».

Quant à l'intéressement financier des personnels aux succès de leur hôpital, ce n'est plus un tabou : « qu'il existe un salaire de base, nul n'en doute, mais qu'aucune incitation financière ne vienne récompenser les meilleurs est insupportable. Sans la fierté pour chacun d'être reconnu à la valeur de son effort et de sa qualité propre, aucun changement, aucune amélioration du système de soins ne sera possible dans la durée »¹⁴. Quant à Michel Dubernard¹⁵, il illustre la nécessité de l'intéressement : « L'agent de service hospitalier qui nous a fait faire une économie qui représente près de 10 fois son traitement annuel n'a eu pour toute récompense qu'un poignée de main du chef de service. »

3.1.3 Quelques modalités de mise en œuvre

- La décision pour un hôpital public de se transformer en un établissement civil de santé relèverait de son Conseil d'administration et devra être approuvée par l'ARH sur la base d'un plan à 5 ans précisant la mise en œuvre du projet, notamment les dispositions prévues pour la phase transitoire. Certains pourraient penser que les Conseils d'administration dans leur composition actuelle seraient incapables de décider une telle évolution. Nous pensons bien au contraire que ce sont les hôpitaux les plus dynamiques qui expérimenteraient cette nouvelle forme de statut, afin d'encore améliorer leurs performances et d'intéresser l'ensemble de leur personnel aux résultats de leur activité. Nous pensons également que les structures hospitalières installées dans des petites agglomérations (nous pensons par exemple à St Girons, La Mure...) pourront, dans le contexte que nous préconisons, tirer leur épingle du jeu, grâce à la liberté acquise notamment en matière de recrutement de personnel, d'investissement et la possibilité de répondre plus qualitativement et plus rapidement à la demande de soins des populations concernées.
- La propriété des locaux actuels ne serait pas remise en question, l'établissement de soins en serait affectataire (locataire ?) de même que du matériel existant.
- Le support juridique de tels établissements, rappelons-le, devrait être très diversifié et lié à la diversité des situations. Citons : une association ou une fondation (couplée à une société d'exploitation), une société coopérative, un GIP... Les hôpitaux publics souhaitant expérimenter ce nouveau type d'organisation pourront s'inspirer des hôpitaux à but non lucratif existants.

3.1.4 Les contours de l'autonomie

Il est illusoire et contraire à la philosophie de la démarche de vouloir réglementer le mode de fonctionnement de tels établissements. Tout ce que l'on peut dire c'est que les sujets qui

¹³ Denis Labayle, « *Tempête sur l'hôpital* », Seuil, février 2002.

¹⁴ Guy Vallancien.

¹⁵ « *L'hôpital a oublié l'homme* », Plon, 1997.

aujourd'hui posent problème et identifiés depuis longtemps à travers les rapports et les prises de position, n'en poseraient plus et pourraient être traités au niveau de l'établissement comme ils le sont aujourd'hui dans les établissements privés (à but lucratif ou non lucratif). Rappelons à titre d'exemples :

- le code des marchés publics ;
- le personnel serait salarié – ou mis à disposition – de l'institution support de l'hôpital civil à but non lucratif et relèverait d'une convention collective de branche ;
- l'allègement des procédures d'administration et de gestion ;
- la gestion effective des ressources humaines (avec intéressement des personnels) ;
- le recrutement de personnels soignants contractuels et l'abandon du système des médecins attachés rémunérés à la vacation qui ne correspond plus au service rendu ; certains de ces emplois pourraient être créés à temps partiel dans certaines spécialités, telle la chirurgie, et être ouverts à des médecins libéraux ;
- l'organisation en départements et contractualisation interne ;
- la possibilité de réagir rapidement et de conclure des partenariats, par exemple pour la mise en place de réseaux (pas nécessairement hospitalos-centrés), des structures d'hospitalisation à domicile en coopération avec la médecine de ville... ;
- comme le prévoit le rapport Domergue, l'ouverture aux chirurgiens libéraux des plateaux techniques des hôpitaux publics, dans notre cas des hôpitaux civils à but non lucratif, serait une décision prise localement ;
- l'optimisation de la gestion des urgences par la mise en commun des astreintes sur un seul site et d'y impliquer pour la chirurgie tant des chirurgiens publics que privés ;
- etc.

3.2 La gouvernance des établissements

Qui gouverne aujourd'hui l'hôpital ? Qui décide dans l'hôpital ?

Selon l'analyse de Guy Bernfeld¹⁶ : *« les hôpitaux publics vivent actuellement sous un régime dans lequel l'autorité est quasiment partagée entre trois grands pouvoirs : le pouvoir législatif est exercé par le Conseil d'administration, le pouvoir exécutif et judiciaire par le directeur (création de 1941 et 1943, confirmée par les ordonnances de 1958). Cinq forces sont en présence au sein du Conseil d'administration de l'hôpital : les élus, les médecins, les personnels non médicaux représentés par les organisations syndicales et les représentants des usagers, les personnes qualifiées nommées par le ministre de la Santé au sein du Conseil d'administration de l'Assistance publique de Paris, par le préfet pour les autres établissements. L'organisation veut que le pouvoir soit partagé réellement entre trois hommes : le maire, le directeur et le président de la Commission médicale d'établissement. Toute décision stratégique passe par le nécessaire compromis entre les intérêts politiques défendus par le premier, les contraintes financières ou réglementaires opposées par le deuxième, les nécessités médicales avancées par le dernier. Le directeur est un chef d'orchestre, à la différence toutefois qu'il ne choisit pas ses musiciens et que la partition qui lui est confiée est écrite à plusieurs mains. »*

Dans le cadre d'un établissement de soins, la gouvernance doit rendre possible la mise en œuvre des méthodes modernes de management, là encore, les établissements doivent définir leur propre mode de gouvernance. On ne peut demander à l'hôpital d'être autonome et lui suggérer ensuite un modèle unique de fonctionnement. Ce qui serait contradictoire avec le polymorphisme qui sous-tend nos propositions. La conséquence naturelle et heureuse de l'autonomie est la diversité. Cependant, on peut esquisser quelques lignes de force :

¹⁶ « L'hôpital et son avenir », texte de la 88^{ème} conférence de l'université de tous les savoirs, 28 mars 2000.

- la stratégie doit relever d'un Conseil d'administration stratégique restreint émanant largement de la société civile, présidé par une personnalité indiscutable et indépendante, et les procédures de désignation des membres du conseil relèveraient de l'autonomie de l'établissement.
- le Conseil arrêterait les grandes orientations, approuverait le budget, aurait la responsabilité du recrutement et la nomination du directeur. Il assume la responsabilité civile et pénale de l'établissement.
- les établissements qui le souhaitent pourraient se doter d'une véritable direction médicale, comme il en existe dans les institutions hospitalières de certains pays avancés ;
- la responsabilité de la marche de l'établissement relèverait d'un comité exécutif présidé par le directeur ;
- au niveau des établissements, en fonction de leur situation, de leurs activités dominantes, les modalités de gouvernance interne peuvent être très variées ;
- en tout état de cause, un point essentiel est la liberté totale de recrutement et de rémunération du directeur par le conseil d'administration selon des procédures diversifiées (cabinet de recrutement, publication de vacance d'emploi au niveau national, européen...). L'ouvrage récent des professeurs Philippe Even et Bernard Debré aborde ce sujet et propose par exemple que le Conseil d'administration nomme éventuellement également le directeur médical afin de « *peser dans les choix médicaux des établissements* » ;
- quant à l'organisation : départements, services... C'est là encore l'autonomie qui joue, l'essentiel c'est que les responsabilités soient clairement affichées et assumées à tous les niveaux.

3.3 L'articulation régionale : ARH – assureurs-maladie (acheteurs de soins)

Le schéma d'ensemble que nous préconisons au niveau régional, concilie les prérogatives de l'État à travers l'ARH, garant de l'égalité d'accès à une gamme diversifiée de soins de qualité et les prérogatives des assureurs, au premier rang desquels l'assurance-maladie universelle, acheteurs de soins hospitaliers pour leurs assurés et gestionnaires du risque maladie. Le risque maladie correspondant au panier de soins universel et au panier de soins supplémentaire peut être géré selon des formules variées à l'initiative des assureurs. Ce dispositif pourrait être complété de façon cohérente avec ce qui est proposé au niveau national dans le contexte d'une assurance-maladie universelle, création d'un haut Conseil de la santé (cf. rapport Institut Montaigne « *Vers une assurance-maladie universelle* »), par un Conseil régional de la santé.

Ce Conseil régional de la santé, restreint à une douzaine de membres, indépendant du ministère de la Santé et de l'exécutif régional, aurait, entre autres, pour mission de veiller à la cohérence de la politique de santé au niveau régional, par rapport aux objectifs fixés nationalement et se prononcerait sur les objectifs fixés par les ARH ainsi que sur les modalités d'achat de soins notamment hospitaliers.

III

LES INCIDENCES DU POLYMORPHISME

1. Les urgences

Nous proposons d'expérimenter rapidement la création de maisons médicales d'urgence, disjointes des structures hospitalières classiques. Leur seule mission : assurer 24h/24 la permanence des soins à la place des hôpitaux, en associant des personnels soignants à temps plein ou partiel, venant notamment de la ville. Ces établissements traiteraient les patients en premier recours et les orienteraient ensuite vers un service hospitalier, public ou privé ou vers la médecine de ville. En d'autres termes, l'accès direct à l'hôpital n'aurait plus lieu d'être, sauf en l'absence de ces maisons médicales d'urgence, par exemple en zone rurale. Un service d'orientation téléphonique d'urgence pourrait fonctionner sur le modèle du NHS anglais, c'est-à-dire à partir d'algorithmes sophistiqués de « *triage* », à la disposition du corps médical ou sur le modèle hollandais où des centres de ce type sont déjà opérationnels, sous l'impulsion des institutions d'assurance.

Proposition formulée par le groupe de travail avant les événements de cet été, l'existence de maisons médicales d'urgence, incluant de tels centres d'information et d'orientation – 90% des personnes aux urgences ne relèvent pas de celles-ci, aurait permis de privilégier le traitement rapide des victimes de la canicule et d'en atténuer les conséquences.

De tels établissements relèveraient clairement du service public, leur création et leur coût de fonctionnement devrait relever de l'Agence régionale d'hospitalisation, sur la base d'un cahier des charges. Leur support juridique, une association ou une fondation. Leurs locaux, dont la construction ou l'acquisition et l'entretien relèverait du Conseil régional, seraient mis à leur disposition.

2. Relations ville-hôpital

- L'externalisation de toutes les activités hospitalières pouvant aussi bien être assurées et à moindre coût en ville, comme le souligne l'exemple de l'hospitalisation à domicile (HAD), dont le développement est malheureusement freiné par les pouvoirs publics depuis des années¹⁷ ;
- La mise en place de centres de diagnostics et de traitements ambulatoires, organisés en réseau avec la médecine de ville, en élaborant une charte avec les médecins libéraux et des conventions avec l'assurance-maladie (contrats de suivis ambulatoires pour les maladies chroniques, le diabète, l'hypertension artérielle...). Au sein de ces centres ou des polycliniques, il faut faire appel à des consultants praticiens de ville et leur donner une responsabilité de formation des étudiants aux pathologies ambulatoires les plus courantes ;
- L'ouverture de l'hôpital aux médecins libéraux avec le maximum de souplesse, tant au niveau des horaires que des contrats (c'est-à-dire au prix du marché selon le service rendu et la discipline) pour palier la pénurie de médecins hospitaliers ;
- La poursuite et le développement de toutes les formes d'alternatives à l'hospitalisation traditionnelle.

¹⁷ « *Évaluation du coût de la prise en charge globale en hospitalisation à domicile* », CREDES, biblio n°1484.

3. Des CHU et des facultés de médecine

Les CHU apparaissent aujourd'hui à beaucoup obsolètes. La Loi Debré leur avait donné une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Ils sont aujourd'hui en perte d'identité ; deux autres lois, l'une de gauche (loi hospitalière de 1991) et l'autre de droite (ordonnances de 1996) ont gommé cette spécificité. Ils sont pourtant confrontés aux mêmes problèmes que les hôpitaux non-universitaires, voire amplifiés si on se réfère à leurs missions originelles : ils deviennent trop souvent parfois des hôpitaux de proximité, soignant en premier recours les malades qui viennent spontanément en consultation ou en urgence, leur imposant d'être avant tout des hôpitaux généraux et polyvalents, alors qu'ils devraient être surtout des hôpitaux de second recours pour les malades adressés par la médecine de ville ou spécialisée. Ils sont ainsi des hôpitaux de pointe et de référence, à vocation régionale voire nationale ou internationale (accueil de patients étrangers). Quant à leur dimension universitaire, elle est en l'état actuel quasiment inexistante.

Parce que le *numerus clausus* est resté pratiquement inchangé depuis plus de 25 ans, les UFR de médecine ont vu leurs effectifs d'étudiants fondre. Par conséquent, elles sont désormais dispersées dans les grands pôles régionaux. Comme le souligne Jean-Pierre Bethoux, « *les UFR de médecine, au nombre de 44, et formant en convention hospitalo universitaire 29 CHU, sont balkanisées* ». Sur Paris par exemple, seulement quelques centaines d'étudiants par année dès la deuxième année du premier cycle pris en charge par 11 UFR de médecine qui dépendent de 7 universités (créée après 1968) ; à ces 11 UFR de médecine s'ajoutent 2 UFR de pharmacie et 2 UFR d'ontologie. Nous pensons qu'il convient, pour envisager les évolutions de ce que nous dénommons encore CHU, de repenser au préalable – mais rapidement – l'enseignement dispensé dans les facultés de médecine.

Ajoutons à cela que les conventions prévues par l'ordonnance de 1958 entre les CHR et les universités sont généralement obsolètes ou encore inexistantes : les CHU parisiens fonctionnent aujourd'hui sur la base provisoire d'une convention, signée en septembre 1965, associant le CHR à l'ancienne faculté de médecine de Paris, qui n'existe pourtant plus depuis 1970 !

Comme l'analyse avec pertinence Gérard Tobelem « ***Le CHU devient plus H que U, son U dans sa double composante pédagogique et de recherche risque de lui échapper, alors qu'il est pourtant la marque de son identité !*** ».

3.1 Vers des universités de santé ?

Les facultés de médecine évoluent dans un système universitaire aujourd'hui en crise, en raison notamment d'un déficit majeur d'autonomie et de gouvernance¹⁸.

La balkanisation, au sein d'ensembles universitaires souvent disparates, font que les facultés de médecine en tant que telles – et non tel ou tel professeur ou chef de service – ont un faible rayonnement international. En témoigne la faible proportion d'étudiants étrangers qu'elles accueillent. Pourtant nos facultés de médecine comme l'ensemble de nos enseignements supérieurs, doivent impérativement relever le défi de la compétition internationale et se situer par rapport aux pôles reconnus comme les meilleurs sur une échelle de référence mondiale (*Harvard Medical School* notamment). En l'état actuel elles sont dans l'impossibilité de relever ce défi.

Il convient également de souligner ce qu'implique cette dispersion en termes de moyens et d'efficacité. Le ratio d'enseignants par rapport au nombre d'étudiants varie selon les UFR et les disciplines, en fonction des historiques de recrutement, selon des considérations plus souvent hospitalières qu'universitaires. À quoi s'ajoute une densité de personnels IATOS

¹⁸ cf. rapport Institut Montaigne – « *Enseignement supérieur – aborder la compétition mondiale à armes égales* »

tout aussi variable, fruit des priorités des présidences d'université dont ils relèvent (et non des doyens des UFR). De plus, cet émiettement des UFR de médecine induit un saupoudrage budgétaire pénalisant les investissements et le fonctionnement des disciplines médicales, notamment pour la recherche universitaire et à l'entretien des locaux.

Enfin, la pléthore d'UFR médicales entre dès maintenant en contradiction avec la restructuration accélérée ces dix dernières années des services hospitaliers, amenés à disparaître ou à se mutualiser. Les capacités hospitalières de stages pratiques offerts aux étudiants commencent à diminuer sérieusement dans les CHU et atteignent des niveaux critiques dans certaines spécialités, au moment précis où il faudrait augmenter les capacités d'accueil hospitalières pour les étudiants.

3.2 Vers des établissements regroupés et plus autonomes

Notre proposition est simple : donner la possibilité aux facultés de médecine de se regrouper quand elles sont dispersées au niveau régional afin que les ensembles obtenus disposent de la taille critique qui leur fait actuellement défaut. Il convient de dynamiser ces nouvelles entités en leur octroyant la plus large autonomie possible et aller vers de véritables universités de santé comme le préconisait le rapport Mattei-Etienne-Chabot dès 1997.

Dans de nombreux cas en effet il est possible de conférer à ces regroupements **un statut d'université de santé en s'inspirant par exemple de ce qui a été fait pour les universités de technologie** (loi de programme n°85-137123 décembre 1985 sur l'enseignement technologique et professionnel).

Les regroupements de facultés de médecine qui ne souhaiteraient ou ne pourraient pas (pour des raisons de taille) devenir des universités de santé de plein exercice resteraient des facultés de médecine avec une autonomie accrue, autorisant notamment les doyens à signer directement toute convention fixant les coopérations de la faculté avec des établissements de santé polymorphes.

Une telle évolution est notamment prioritaire pour Paris compte-tenu du nombre d'UFR médicales. Bien que très parisienne, une étude du professeur Jean-Pierre Bethoux mérite d'être citée car elle illustre l'ampleur, l'urgence et la complexité du problème :

« Les conditions d'une expérience de regroupement d'UFR en une seule entité pourraient être réunies dans un premier temps au sein de l'université Paris V René Descartes. En effet, dans cette université, les UFR médicales (Cochin, Necker et Paris-Ouest) ont été récemment confrontées à une double restructuration à la fois universitaire et hospitalière. Universitaire, avec le départ de l'UFR Paris-Ouest de l'université Paris V pour celle de Versailles, et hospitalière, avec la fermeture des hôpitaux Boucicaut et Laennec (en convention avec l'UFR Necker) dont les équipes hospitalo-universitaires ont été regroupées sur un seul site : l'hôpital européen Georges Pompidou (HEGP). L'université Paris V a donc déjà fait l'expérience d'une restructuration qui a conduit sa composante médicale à une évolution des mentalités très utile pour la mise en place d'une future expérimentation.

Par ailleurs, un fort contingent d'hospitalo-universitaire a également été regroupé sur l'HEGP, en provenance de l'hôpital Broussais, lui aussi fermé dans le cadre de la même restructuration hospitalière. Ce contingent appartient à l'UFR Broussais-Hôtel-Dieu, intégrée à l'université Paris VI Pierre et Marie Curie. De ce fait l'HEGP est devenu un centre hospitalier à la fois « bi-universitaire » (Paris V et VI) et « bi-facultaire » (Necker et Broussais-Hôtel-Dieu). Un tel dispositif, très difficilement gérable, exige des évolutions majeures ».

3.3 Vers des établissements plus professionnalisants

À titre d'illustration nous proposons une transposition de l'article 12 de la loi précitée pour l'adapter à l'évolution préconisée pour les facultés de médecine : **« Art 12 - Il sera créé, dans les conditions prévues à l'article 21 de la loi n°84-52 du 26 janvier 1984 sur**

l'enseignement supérieur, des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel dénommés « université médicale (ou santé) » ayant pour mission principale la formation des médecins, odontologistes, pharmaciens et personnel paramédicaux, ainsi que la formation à de nouveaux métiers se situant dans les domaines du management et de l'ingénierie de la santé, le développement de la recherche et des technologies de santé. Ces établissements seront soit des instituts et écoles extérieures aux universités relevant de la section II du chapitre I^{er} du titre III de cette loi soit des grands établissements relevant de la section III du chapitre 1^{er} du titre III de ladite loi. Des établissements d'enseignement supérieur peuvent être transformés en universités de santé à condition que le flux d'entrée en 2^{ème} année du premier cycle des études médicales soit au moins égal à 300 étudiants (à discuter !) ».

On peut, de façon alternative, et comme l'envisage le ministre de l'Éducation Luc Ferry pour les universités technologique, conférer aux universités de santé une double tutelle ministérielle (Éducation – Santé)¹⁹ !

- **L'accès aux études médicales**

Dans le contexte de cette évolution, la préparation au concours à la fin de la première année des études médicales devrait être organisée en dehors des facultés de médecine ou des universités de santé, par convention avec d'autres universités, voire en suscitant la création de classes préparatoires « médecine » dans les lycées en prévoyant plusieurs filières d'accès pour diversifier le profil de recrutement (pourquoi pas filières biologie-math, filière biologie-sciences humaines...). La présélection se ferait ainsi au niveau des lycées comme cela se pratique pour la préparation aux concours des grandes écoles d'ingénieurs, des écoles de commerce et des écoles vétérinaires. Des entrées latérales, sur la base de procédures de sélections spécifiques, devraient être aménagés pour accueillir des étudiants étrangers comme cela se pratique de plus en plus au sein de nos grandes écoles.

- **La formation des personnels paramédicaux**

Le rapport du professeur Guy Vallencien sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale a mis l'accent sur la gestion des personnels hospitaliers, notamment celle du personnel infirmier et des secrétaires médicales, en soulignant la nécessaire de mobilité au sens de la valorisation qui est une clef de la réussite du changement alors que le statut favorise l'immobilisme. Il préconise notamment pour les personnels infirmiers la reconnaissance de l'expertise par la création de la qualification d'« infirmier(e)s clinicien(ne)s ».

De son côté, notre groupe de travail a abordé la formation initiale des personnels hospitaliers plus particulièrement les personnels infirmiers, le personnel paramédical d'électroradiologie et les techniciens en analyse biomédical.

C'est une évidence, ces personnels sont essentiels à la marche des établissements, mais aujourd'hui, certains investissements en imagerie médicale (scanner, IRM, pet scan) sont différés par manque de personnel alors que notre pays affiche un retard inquiétant dans ce domaine. Ces métiers se situent pour certains d'entre eux dans le secteur des technologies de pointe (imagerie numérique, traitement d'image, analyse biochimique...).

Or, quand on examine les modes d'accès aux formations conduisant à ces professions, ils sont quasiment illisibles pour un jeune bachelier et s'il est informé de leur existence il y a de fortes chances qu'il soit dissuadé. Certaines de ces formations relèvent du ministère de la Santé avec concours à l'entrée, d'autre relève de l'Éducation nationale (BTS, IUT...). Le

¹⁹ Conférence de presse de Luc Ferry, AEF/Entreprises, 7 octobre 2002.

concours d'accès aux instituts de soins infirmiers par exemple est assez difficile mais certaines écoles « *pour remplir* » organisent jusqu'à trois tours de concours dans l'année !

À l'issue d'une scolarité très lourde (en volume horaire), la carrière de ces personnels se déroule par référence à une grille administrative qui a peu à voir avec l'exercice du métier.

Notre groupe de travail préconise, pour rendre lisible ces formations, de les dispenser exclusivement au sein des facultés de médecine ou des universités de santé dans le cadre de l'alternance. La partie pratique se déroulant dans les centres hospitaliers, centres de soins, laboratoires d'analyse et centres d'imagerie publics ou privés. Ces formations seraient validées par des diplômes reconnus au niveau européen comme une licence ou un master. Ainsi, par exemple, l'introduction récente des licences professionnelles (à bac +3) constitue une opportunité intéressante²⁰ pour faire évoluer la formation initiale des personnels infirmiers. Une telle licence, dispensée sous la responsabilité d'une faculté de médecine ou d'une université de santé, serait organisée dans le cadre et en respectant la législation de l'apprentissage.

Les étudiant(e)s d'une licence personnel infirmier seraient ainsi salariés de la structure d'accueil (hôpitaux, cliniques, centres de soins...) et suivraient les enseignements généraux dispensés par la faculté de médecine. Le recrutement des étudiants pourrait s'effectuer immédiatement après le bac ou latéralement à bac +1, bac +2 (ex : titulaire de BTS, IUT et DEUG). Des formations intenses pourraient être ouvertes dans le cadre de la formation continue et de la validation des acquis pour faire face à la pénurie qui se dessine. Cela va de soi, un tel diplôme devrait être reconnu pour exercer la profession d'infirmier(e).

L'évolution vers l'expertise, exclusivement envisagée dans le cadre de la formation continue et de la validation des acquis, se traduirait par une reconnaissance au niveau master par exemple pour les personnels infirmiers.

3.4 Vers des établissements impliqués dans la formation continue

Comme le soulignait en son temps le rapport Mattéi, la formation continue est étroitement intriquée avec la formation initiale et elle fera de plus en plus appel à des méthodes pédagogiques voisines.

La formation continue qualifiante, voire diplômante, deviendra de plus en plus impérative pour l'ensemble du corps médical, car elle sera un élément parmi d'autres d'appréciation dans le cadre de procédures d'accréditation ou d'évaluation des établissements et des praticiens.

Une expérience intéressante, conduite au sein de l'Université Paris V, à l'initiative du professeur Guy Vallancien de la Mutualité française et de la Générale de santé pour accréditer périodiquement des chirurgiens est certainement prémonitoire.

3.5 Vers des établissements fer de lance de la recherche clinique

Les hôpitaux français – notamment universitaires – offrent un des plus importants potentiels de recherche clinique en Europe. La mise en place du PHRC, l'infléchissement de la politique de l'INSERM et l'action de certaines agences comme l'ANRS ont représenté depuis une dizaine d'années un progrès pour le développement de la recherche clinique dans notre pays.

Pour autant, comme en attestent les rapports de l'OST (place de la France en termes de prises de brevets ou de production scientifique en recherche biomédicale et clinique), ces progrès restent insuffisants.

²⁰ Les organismes de protection sociale (UCANSS) mettent en place de telles formations pour anticiper les futurs recrutements.

En conséquence, on ne peut que déplorer :

- l'insuffisance du secteur des biotechnologies comme du potentiel de recherche des « *big pharma* » sur le territoire français,
- et celle, encore plus inquiétante, en génie et technologies biomédicales,
- la faible présence française dans les coordinations des grands essais thérapeutiques multicentriques européens ou internationaux.

En fait, la recherche clinique reste faible car elle n'a pas bénéficié d'une véritable politique ambitieuse, cohérente et visible.

Il faut tout d'abord réaffirmer que la recherche clinique fait partie d'un *continuum* depuis les mécanismes de base jusqu'aux applications chez l'homme sain et malade dont elle est un maillon indispensable. Elle ne saurait être opposée à la recherche dite fondamentale :

- elle ne peut donc se développer efficacement sans relation forte avec les autres opérateurs de recherche (universités, INSERM, CNRS ou autres) et l'industrie. Et c'est l'intérêt de ces opérateurs ;
- elle doit s'appuyer sur des structures adaptées (centres ou unités de recherche clinique, centres d'investigations technologiques, biologiques ou en imagerie, plates-formes technologiques), disposant de personnels dédiés et formés (moniteurs, techniciens, infirmières, médecins de recherche clinique) à cette mission. Il faut cesser de croire que l'on peut faire de la bonne recherche clinique (pertinente et répondant aux normes GMP) avec les moyens du bord (système D et bonnes volontés). Un des points majeurs de blocage réside dans l'absence de personnels dédiés et surtout dans la difficulté de l'utilisation des financements publics pour en embaucher sur contrat ;
- elle doit contribuer à conforter les atouts et l'excellence dans des créneaux de soins et de pathologie, spécifiques à un établissement ou à un réseau. Là encore, le polymorphisme présidera de façon pragmatique pour conforter des choix. Tout ne peut cependant pas être fait partout : tous les établissements ne peuvent prétendre faire de la recherche clinique, de même que, dans un établissement donné, toutes les composantes ne peuvent prétendre en faire. À cette fin, il faudrait créer des instituts fédératifs de soins (avec ou sans murs), regroupant des activités de pointe (services ou parties de services ainsi rassemblés au sein d'un ou de plusieurs hôpitaux) et les organisant en disciplines horizontales ou grande problématique (immunologie et transplantation, génétique, médecine prédictive et prévention, imagerie médicale, santé et environnement, nutrition...). La création de réseaux de recherche clinique doit donc être encouragée. Les sociétés savantes n'ont pas, en France, de rôle structurant comme elles l'ont dans certains pays avancés. Il faudrait les aider à devenir de véritables instances participant au développement de la recherche clinique, voire d'interface avec les tutelles, les acteurs économiques voire les associations de malades ;
- il faut pouvoir définir une véritable politique de site, élaborée dans chaque établissement par une instance de dialogue hospitalo-universitaire et des comités de site, afin de mieux coordonner soins, recherche et formation. La faculté de médecine doit jouer un rôle clé dans cette politique stratégique par une labellisation et une contractualisation, une mise à disposition de moyens financiers et de personnels, par l'évaluation *a posteriori* des programmes et des structures ;
- enfin et surtout il faudrait créer dans les établissements une filiale (ou une fondation) pour la valorisation industrielle et pour pouvoir disposer de toute la souplesse requise en matière de gestion des ressources humaines et des ressources financières pour conduite de l'activité de recherche clinique.

C'est sur cette base que l'hôpital pourra devenir un fer de lance de la recherche clinique et contribuer de ce fait à l'innovation en santé, indispensable à la préservation d'une force industrielle dans ce secteur toujours en développement.

3.6 Vers l'attribution du label « U »

Comme l'analyse Gérard Tobelem, le label universitaire d'un CHU sous-entend de créer des connaissances, de les valider, de les transmettre, de les transférer et d'en promouvoir les applications potentielles et éventuellement de les valoriser.

Un hôpital universitaire doit donc, en principe, être un pôle novateur et référent (créer des nouvelles connaissances et des soins innovants, les valider), formateur (transmettre la connaissance en formation initiale et continue), spécifique et polyvalent (mettre en œuvre les soins).

Tous les services des CHU actuels répondent-ils à ces critères ? Tous les services extérieurs aux CHU sont-ils dans l'incapacité de les satisfaire ?

Nous pensons que la vision d'un CHU monolithique, alors que l'hospitalisation polymorphe se développe, ne répond plus aux évolutions actuelles.

Nous posons comme principe, pour donner tout son sens au label hospitalo-universitaire, que dorénavant la valence universitaire résulterait d'une décision de la faculté de médecine ou de l'université de santé et concernerait pas *a priori* un hôpital dans sa globalité mais un service ou un département, contribuant à l'hospitalisation polymorphe. Cette décision se concrétiserait par une convention d'une durée de 5 ans par exemple, renouvelable, entre l'université de santé (ou la faculté de médecine) et les services ou départements concernés.

Cette convention préciserait notamment, sans que cette liste soit limitative :

- les engagements réciproques en matière d'enseignement et de recherche (notamment recherche clinique) ;
- les mises à disposition et les conditions d'exercice hospitalier des personnels hospitalo-universitaires (en particulier la répartition de l'activité entre recherche, enseignement et soins) ;
- l'accueil des étudiants en médecine en stage dans ces départements ou service et les modalités de leur encadrement ;
- le recrutement éventuel par l'université de santé ou la faculté de médecine de certains médecins hospitaliers de ce département ou service comme professeur associé à temps partiel ;
- les modalités de la participation du président de l'université de santé ou du doyen de la faculté de médecine à la gouvernance de l'établissement hospitalier.

4. De l'évaluation ?

4.1 De la gestion du risque à l'évaluation : l'enjeu

Dans le contexte de la santé, le concept de risque recouvre deux volets, d'une part le risque engendré par la maladie elle-même, dont la gestion est du ressort normal de l'assurance-maladie (obligatoire et complémentaire) et, d'autre part, le risque lié à l'acte médical lui-même. Tout acte médical et notamment les actes hospitaliers comportent une part de risque, pouvant aboutir à la non-guérison ou à des effets indésirables, certains de ces risques relèvent de l'assurance responsabilité civile des praticiens et des institutions.

Pour le risque dû à l'acte médical lui-même, en gérer le risque pour le praticien, c'est d'abord se protéger de ses propres erreurs. Bien que l'erreur soit humaine, la réduction des erreurs médicales reste une priorité.

Rappelons ce qu'est la « *iatrogénie* », à savoir tout ce qui survient de négatif chez un patient (ou chez un individu sain en cas de soins préventifs) du fait de l'intervention d'un médecin (iatros) ou, par extension, d'un professionnel de santé (dentiste, kiné, infirmière...).

À noter que cette définition, outre les effets négatifs d'une action, concerne aussi les effets négatifs d'une non-action : défaut de prévention, oubli ou retard d'une intervention, défaut de dépistage d'une maladie à son stade initial, etc.

Cette iatrogénie va occuper dans la gestion du risque et l'évaluation de nos systèmes de santé une place qui deviendra de plus en plus considérable, du fait de facteurs multiples et convergents tels que :

- la complexité croissante des méthodes de diagnostic et de traitement et leur dangerosité croissante ;
- la difficulté de la coordination entre des acteurs de plus en plus spécialisés et ayant tendance à s'isoler ;
- la fréquence des polyopathologies chez des malades de plus en plus âgés et fragiles.

La première et peut-être la plus grande difficulté rencontrée dans la gestion du risque iatrogène est celle de son **identification et de son signalement**. En premier lieu, dans le domaine de l'**inaction fautive** par exemple :

- « *on ne l'a pas vacciné et il est mort du tétanos* » ;
- « *on n'a pas surveillé sa tension et il est mort d'un accident vasculaire cérébral* » ;
- « *on ne l'a pas surveillé et il a fait une rétinite diabétique* »...

Ces innombrables carences, que l'on oublie volontiers quand on parle du système de santé, sont à se remémorer en permanence.

Reste la iatrogénie liée aux interventions des professionnels. Conséquences délétères d'un acte diagnostic mal interprété, d'une intervention mal faite ou mal indiquée, d'un médicament mal prescrit, etc.

Une nouvelle difficulté apparaît ici dans une distinction capitale qui est :

- l'événement iatrogène est-il ou non la conséquence d'une faute ou erreur professionnelle ?
- s'agissait-il ou non d'un événement lié à la maladie elle-même ou non ?
- s'agissait-il d'un événement dont on avait estimé le risque à sa juste mesure au regard du bénéfice attendu (le fameux ratio bénéfice-risque à exposer au patient) ? Ou bien s'agissait-il d'un événement disproportionné avec le bénéfice ou qui aurait été évité (l'erreur médicale) ?

À ce sujet, il est intéressant de se référer à un récent article *du New England Journal of Medicine*²¹, en réponse à un rapport de l'*Institute of Medicine* (IOM), qui avançait que, chaque année aux États-Unis, le nombre de décès consécutifs à des erreurs médicales est supérieur aux décès consécutifs aux accidents de la circulation. Le rapport de l'IOM soulignait que les erreurs résultaient de la défaillance des institutions, plus que de celle des praticiens. L'article du *New England* analyse les résultats d'un double sondage, conduit auprès du public et auprès de praticiens. Le public, comme les praticiens, estime que ce sont les personnes qui sont responsables des erreurs et non les institutions ; ils doivent en assumer la pleine responsabilité mais le public va même jusqu'à envisager l'interdiction d'exercice par les praticiens mis en cause. Parmi les propositions qui font consensus, notamment dans le

²¹ Robert J. Balendon and all, « *Patient Safety. Views of practicing physicians and the public on medical errors* » *New England Journal of Medicine*, Vol. 347 n° 24, December 2002.

domaine hospitalier, citons la mise en œuvre de systèmes pour prévenir les erreurs et l'accroissement du nombre de personnel infirmiers. En revanche, une majorité des sondés du public (62 %) contre à peine 21 % pour les médecins estime qu'une démarche volontaire de déclaration des erreurs médicales significatives serait efficace. De leur côté, des médecins pensent que les rapports sur les erreurs hospitalières doivent rester confidentiels alors que pour 62 % du public ils devraient être portées à la connaissance du public !

Ce contexte explique que le substantif « *qualité* »²² soit certainement celui qui est le plus fréquemment utilisé dans le domaine de la santé ; la loi Kouchner y fait référence dans son intitulé. **Pendant la qualité ne se décrète pas, elle s'évalue !**

Il convient toutefois de distinguer l'évaluation médicale de l'accréditation globale des établissements qui est fréquemment mise en avant par les responsables politiques et administratifs pour garantir leur qualité. Comme l'analyse le docteur Pierre-Jean Cousteix, si « *la notion d'accréditation, sans possibilité de non-accréditation, lorsque la sécurité de soins n'est plus assurée, ou même lorsque la qualité de ceux-ci n'est pas conforme à ce que peuvent en attendre légitimement les français, l'absence de possibilité de non-accréditation est une approche excessivement rousseauiste et bien loin des réalités du moment* »²³.

Le principe d'évaluation médicale est au cœur de la démarche gestion de risque tant pour gérer les risques relevant de l'assurance-maladie, que ceux relevant de la responsabilité civile des praticiens et des institutions. Cette évaluation, qui peut prendre différentes formes ne peut être réalisée que par les « *pairs* » et mise en œuvre à partir de la connaissance de la trajectoire du patient au sein du système de santé. Il va de soi que cette trajectoire est continue et retrace tant les épisodes hospitaliers que ceux de médecine ambulatoire²⁴.

L'évaluation est une fonction structurante qui est à même d'établir ou de rétablir des relations plus harmonieuses au sein du triptyque « *patient, praticien, assureur* ».

4.2 Système d'information et dossier médical électronique : pré-requis à toute procédure d'évaluation *a posteriori*

La mise en œuvre de réelles procédures d'évaluation médicale présuppose l'existence :

- de systèmes d'information dignes de ce nom, à même de suivre ou de reconstituer la trajectoire d'un patient au sein du système de soins,
- d'un dossier médical électronique retraçant les épisodes de soins, ainsi que les éléments médicaux propres au patient (allergies, antécédents, contre indications médicamenteuses...), fort utile en cas d'urgence.

4.2.1 Des systèmes d'information

La mise en œuvre de systèmes d'information reposant sur des architectures ouvertes orientées vers la gestion des risques et la qualité, et non pas limitée à la seule gestion administrative et comptable de l'hôpital, est le levier central de l'amélioration d'ensemble des performances médicales d'un établissement²⁵. Nous citerons quelques extraits d'un article de *Business Week* reproduit dans *Le Monde* du 31 janvier 2001 sous le titre « *L'informatisation de l'hôpital sauve des vies* ». Cet article concerne les États-Unis. Il est toujours

²² Exigence de l'OMS sur la qualité des soins : « *garantir, à chaque patient, l'assortiment diagnostique et thérapeutique qui lui assurera les meilleurs résultats en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, cela au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains* ».

²³ Docteur Pierre-Jean Cousteix, XIV^e journée APHM, « *De la certification à l'accréditation* », 23 octobre 1997.

²⁴ Jean-Pierre Bader, « *La santé en plan [1]* », édition de santé (1999).

²⁵ Denise Silber, « *The case for e-health* », presented at « *the European Commission's first high-level conference on e-health* », May 22nd 2003

d'actualité. Si l'on en croit l'auteur, le recours à des systèmes d'information orientés vers l'assistance à exercice médical au sein de deux hôpitaux de Boston : le *Brigham & Women's hospital* et le *Massachusetts General hospital* ont réduit de 55 % la fréquence des erreurs thérapeutiques graves et fait chuter de 81 % le nombre total d'erreurs médicales. Mais il convient de relativiser : selon le même article, 95 % des médecins et plus de 90 % des hôpitaux continuent de s'appuyer sur des documents papiers. La situation évolue toutefois rapidement en raison d'une prise de conscience du retard de l'utilisation des systèmes d'information dans le domaine de la santé, en liaison avec la sécurité par rapport à d'autres domaines.

« C'est un scandale. S'il y avait un accident aérien tous les jours parce que les opérations d'entretien des avions sont consignées sur papier, le gouvernement insisterait pour qu'on informatise le système » affirme aussi, non sans arrière pensée commerciale, un des directeurs d'IBM ! Il est vrai que bien souvent la faiblesse des performances des systèmes d'information hospitaliers sert d'alibi à la conservation du *statu quo* car on ne peut bien informatiser que ce qui est déjà bien organisé.

4.2.2 Du dossier médical

Le dossier patient informatisé a pour vocation de rassembler l'ensemble des éléments médicaux soignants et administratifs. Le volet médical comprend les éléments d'observation médicale, les antécédents, les prescriptions d'examen et de médicaments et les traitements en cours.

Les informations médicales produites pour une personne par les professionnels de santé qui la prennent en charge sont de plus en plus riches et complexes. À propos d'un nouvel épisode, la connaissance des informations précédentes est le plus souvent un gage de sécurité et de qualité des soins mis en œuvre et il est rare aujourd'hui que ces informations soient disponibles si le patient n'est pas intégralement pris en charge par une structure unique et encore !

Cette dimension est soulignée par le récent rapport du professeur Fieschie : *« le développement des systèmes robustes, pérennes pour le partage de ces informations est techniquement possible. Le système proposé doit participer à une fonction de communication aujourd'hui mal assurée entre le patient et les professionnels de santé qui le prennent en charge. Cette absence de communication est génératrice de coût et non de qualité »*.

Si l'on prend simplement l'exemple de la prescription médicamenteuse à l'hôpital et, plus largement le circuit du médicament depuis la prescription jusqu'à la consommation par le malade, la Cour des comptes met en exergue toute une échelle de dysfonctionnements : quelques exemples, récemment publiés dans des enquêtes parcellaires sur l'utilisation des HBPM ou de produits tels que les taxanes ou facteurs de croissance, montrent de graves anomalies, que seule une informatisation poussée pourrait rectifier. Le logiciel de prescription, qui se répand en ville, est pratiquement inconnu à l'hôpital. Et pourtant, il faudra bien venir à cette étude individuelle du dossier.

Il faut pouvoir assurer cette disponibilité dans le respect de la confidentialité. Ces deux notions sont *a priori* contradictoires et seules les NTIC permettent de concevoir des solutions techniques, facilement utilisables en pratique et économiquement acceptables.

Pour un patient, ces informations sont ainsi un véritable *« capital santé »*, et les technologies modernes permettent de le préserver. Avec l'accord du professionnel de santé, auteur des informations, celles-ci doivent être disponibles pour le patient ou la personne à laquelle il a donné procuration. La disponibilité de ce capital santé permet d'envisager une réduction des actes et prises en charge redondants ou inutiles, aujourd'hui très nombreux et facteurs de désagréments, de risque iatrogène et de surcoût.

La recherche d'indemnisation en cas de désinformation, désagrément, complication iatrogène, constitue ce que les Américains dénomment le « *tort system* » qui interviendrait, selon Chris Viehbacher (aux VII^e Universités d'été de pharmaceutiques), pour environ 10 % dans le coût de la santé aux États-Unis, organisant un transfert massif de dollars du secteur sanitaire au secteur judiciaire.

Pour un professionnel de santé, l'accès aux informations qu'il a lui-même produites, ou par d'autres professionnels ayant pris en charge le patient est à la base de « *l'exercice collégial* » d'autant plus nécessaire que le dossier est plus complexe. Aujourd'hui, les professionnels et notamment les établissements d'hospitalisation constatent d'importantes pertes de temps et d'argent, en raison de la recherche d'informations concernant un acte donné.

Comme le préconise le rapport Fieschie, le partage des données concernant un patient peut s'effectuer grâce à une adresse qualité données. L'intervention d'un tiers hébergeur rend possible cette mise en place sans donner à l'un des acteurs une prééminence mal acceptée par les autres. Observons que le groupe Kaiser, plus important HMO américain à but non lucratif, a mis en place pour ces 8 millions d'adhérents un système de gestion de dossiers électronique accessible par les patients eux-mêmes et les professionnels de santé.

4.3 La situation dans notre pays

L'évaluation des pratiques *a posteriori* qui, rappelons-le, n'est effectuée dans aucun hôpital en France par plus d'ailleurs qu'en pratique ambulatoire, demeure un acte indispensable.

- Elle nécessite peut-être une loi, car seule l'évaluation en ville est visée par la loi de décembre 1999.
- Elle doit être organisée autour d'une structure nationale type ANAES.
- Elle doit être effectuée par des pairs formés à cette activité.
- Elle doit faire l'objet d'une procédure obligatoire ; une étude américaine récente a montré qu'en cas d'évaluation, basée sur le volontariat, seuls les « *bons* » se font évaluer, les « *mauvais* » n'étant pas volontaires.
- Elle doit se faire par échantillons aléatoires sans viser l'exhaustivité.
- Elle doit globalement, bien que cela soit discuté par les professionnels, être connue du public.

Les conditions nécessaires pour mettre en place en milieu hospitalier (et en médecine ambulatoire) des procédures d'évaluation sérieuses ne sont pas remplies.

En effet, les informations indispensables ne sont pas disponibles. Un gigantesque travail est à réaliser en amont pour collecter ces données.

4.4 Esquisse de procédures d'évaluation

À partir de l'existence d'un dossier médical patient, enregistré sur un site sécurisé, il est possible d'envisager la trame générale d'une gamme de procédures d'évaluation.

Ces procédures peuvent concerner un ensemble de dossiers patients préalablement « *anonymisés* », choisis au hasard sur des critères (patients traités dans tel service...), ou à l'initiative de telle ou telle institution (cf. est-ce légitime pour commanditer une évaluation ?). Elles peuvent être également ciblées sur un patient bien précis, par exemple dans le cadre d'un contentieux.

L'évaluation elle-même consiste à apprécier dans le dossier individuel la différence entre « *ce qui a été fait* » et « *ce qui aurait dû ou pu être fait* », en fonction de référentiels adaptés et validés, ou apprécier par exemple la qualité de la coordination des soins sur une période fixée.

L'analyse des pratiques insuffisantes ou défaillantes peuvent, par rétroaction, permettre de préciser les différents types de carence en amont du système et, ainsi, tenter de les corriger, comme le préconise Jean-Pierre Bader :

*« Cette évaluation doit être effectuée **par des pairs** de milieu professionnel équivalent, formés spécifiquement à cette activité. On imagine bien que l'anomalie, repérée dans le dossier, peut aller de l'erreur grave, potentiellement dangereuse pour le patient, à une anomalie mineure que le professionnel pourra aisément justifier ».*

« Théoriquement, tous les professionnels de santé, en charge de patients, devraient être soumis à ce genre d'évaluation et, en particulier, tous les médecins libéraux, hospitaliers ou salariés. Les dysfonctionnements repérés par les évaluateurs devraient donner lieu à toute une gamme de conséquences : remarque confraternelle, suivie d'une deuxième évaluation rapprochée, obligation de stage de formation continue allant jusqu'à une suspension provisoire d'exercice pour des fautes graves et récidivantes. »

Il est clair qu'émergeront, à l'initiative des professionnels de santé, des institutions à même de réaliser de telles évaluations, véritables audits médicaux. Ces institutions, assurément très diversifiées, pourraient émaner de sociétés savantes, d'universités de santé, voire de cabinets d'audit, qui élargiraient ainsi leurs prestations. Elles devraient être accréditées au niveau national par mission de l'ANAES.

On peut noter ici que l'ANDEM, prédécesseur de l'ANAES, n'avait pas été conçue en 1987 par le CNEM pour effectuer elle-même tous types d'évaluation, mais pour valider les résultats des opérations d'évaluation menées par des évaluateurs extérieurs.

4.5 Qui est légitime pour commanditer ou susciter des évaluations et audits médicaux ?

Dans le cadre d'un établissement de santé polymorphe comme dans toute entreprise, cette initiative est une prérogative de la direction générale et doit devenir un instrument normal de gestion pour veiller en permanence à la qualité des soins dispensés et ainsi corriger de façon continue les dysfonctionnements qui pourraient apparaître.

Au-delà de l'accréditation périodique des départements et services par les ARH, ces derniers ont toute légitimité, comme nous l'avons signalé, pour procéder à des évaluations et à les rendre publiques.

De tels audits, périodiquement commandés par les acheteurs de soins agissant au nom de leurs assurés, au premier rang desquels l'assurance-maladie universelle, seraient tout aussi légitimes.

Les assureurs en responsabilité civile des établissements ou des praticiens sont eux aussi légitimes dans le cadre d'une politique effective de prévention des incidents médicaux.

Enfin, nous pensons qu'il serait certainement opportun d'étendre ces possibilités :

- à une collectivité territoriale (département ? région) ;
- à des associations de patients agréées, qui pourraient être dotées d'un budget affecté à cette fin.

4.6 Évaluation de la qualité et communauté d'intérêt

On ne voudrait pas que le lecteur conclue trop rapidement et trop simplement que l'amélioration du dossier patient et l'évaluation des pratiques individuelles dont nous venons de parler suffisent à garantir la qualité hospitalières.

Rappelons pour mémoire la liste de l'*Institute of Medicine de Boston* qui énumère des garanties de qualité, **centrées sur les professionnels eux-mêmes** :

- médecins, infirmières et autres en nombre adéquat (pour limiter le stress et consacrer un temps suffisant à leurs patients),

- professionnels bien formés et entretenant leurs connaissances,
- professionnels communiquant entre eux.

L'existence de telles procédures ainsi que la disponibilité du dossier médical électronique, pour lequel des solutions techniques existent – citons pour la France le concept intéressant de « *coffre fort électronique patient* » développé à l'Hôtel-Dieu à Paris par le Professeur Dominique Vadrot²⁶ (cf annexe 1) – **permettent de rétablir une communauté d'intérêt entre les patients, les praticiens et l'assureur.**

Pour l'assuré social, patient ou patient potentiel, c'est-à-dire chacune et chacun d'entre nous, l'existence de procédures d'évaluation rigoureuses, conduites par des institutions médicales incontestables, dont les résultats seraient rendus publics, est un élément d'information qui guiderait notre « *liberté de choix* ».

Pour les praticiens, l'existence de procédures d'évaluation par des pairs et telle que nous l'avons présentée est certes exigeante (gestion du dossier médical, détail des actes, motivations...) mais, en contrepartie, elle leur permet en cas de contentieux de disposer d'éléments factuels indiscutables, permettant de faciliter l'action de leur assureur pour démontrer par exemple l'absence de faute, et négocier ensuite au mieux leur prime d'assurance responsabilité civile ! Le professeur Dubernard résume bien l'enjeu : « *Le principe d'évaluation devrait, en règle générale, encourager les médecins à faire progresser ou maintenir la qualité de leurs actes mais aussi à écarter en partie les menaces de procédure* »²⁷.

Pour l'assureur en responsabilité civile médicale une meilleure gestion du risque par la prévention, conduite en partenariat avec l'assuré, les praticiens et les institutions hospitalières, l'existence de dossiers électroniques patient, de procédures d'évaluation et de ce qu'elles induisent en termes de système d'information est la meilleure garantie pour lui de maîtriser son rapport sinistre/prime, c'est-à-dire *in fine* sa rentabilité – n'ayons pas peur du mot ! – car c'est elle qui détermine la pérennité d'une activité, ici la responsabilité civile médicale, au service de ses clients, praticiens et institutions de santé.

5. Des patients au cœur du système

Les patients, le constat est indéniable, comme cela a été évoqué précédemment, sont peu représentés dans le système de santé. Cet état de fait aboutit à des situations critiques où les patients, même rassemblés en associations, sont livrés à eux-mêmes, cherchent à s'informer sans toujours arriver à comprendre ou à obtenir les réponses, doutent, soupçonnent et réagissent parfois violemment.

Que les professionnels le veuillent ou non, les associations d'usagers sont là, artisanales pour certaines mais puissantes pour d'autres. Les progrès en matière de technologies de l'information, la remise en cause croissante de la responsabilité médicale, la recherche systématique d'un responsable amèneront les usagers à se regrouper et à clamer leur participation au système de santé.

L'approche des usagers apporte indéniablement un regard neuf, lequel peut permettre d'explorer de nouvelles voies, à un moment où le système hospitalier semble en panne. Elles peuvent servir de « *clignotant* », alertant des dysfonctionnements qui ne sont pas jugés comme tels par les professionnels, souvent insensibilisés par l'exercice de leur métier.

²⁶Professeur Dominique Vadrot, Communication interne, Institut Montaigne, mars 2003.

²⁷Jean-Michel Dubernard, « *L'hôpital a oublié l'homme* », Plon, 1997.

De façon plus stratégique, devant les freins au changement évoqués précédemment que sont les corporatismes, les syndicalismes et clientélismes de tous ordres, la sacro-sainte parole du patient peut être utilisée comme contrepoids, comme facteur de réforme. Ainsi, des associations d'usagers ayant leur place dans le système et suffisamment bien informées pourront couper court aux propos démagogiques de certains élus ou aux argumentaires syndicaux dont le premier reste la qualité des conditions de travail du personnel, aux dépens de celle des soins.

Il nous faut donc des associations d'usagers, plus puissantes, mieux informées, mieux respectées et mieux formées aux méandres administratifs de l'organisation des soins. Elles en ressortiraient plus confiantes, moins suspicieuses et sûrement plus constructives. Il faut donc les intégrer au système. Elle ne peuvent toutefois et en aucune manière avoir un rôle décisionnel sans avoir à assumer les conséquences de leurs choix.

IV

ANNEXES

Extraits de *Hospitals in a changing Europe* - Martin McKee et Judith Healy

Open University Press – 2002

http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020524_10

- *The evolution of hospital systems* – Judith Healy et Martin McKee

- *Pressure for change* – Martin McKee, Judith Healy, Nigel Edwards et Anthony Harrison

The evolution of hospital systems

Judith Healy and Martin McKee

Introduction

Hospitals have performed many different roles and functions over the centuries: as shelters for the poor attached to monasteries in the Middle Ages; as a feared last resort for the dying in the eighteenth century; and as shining symbols of a modern health care system in the twentieth century. Considering the directions for hospitals of the future requires understanding why hospitals of the present are as they are. Present-day hospitals reflect a combination of the legacy of the past and the needs of the present. Huge advances in knowledge and technology, however, mean that a present-day state-of-the-art hospital would be unrecognizable to a physician or nurse of just five decades ago.

From a review of the past, this chapter moves on to consider contemporary trends in hospital activities. The number of acute hospital beds has fallen steadily while admissions have risen, the increasing throughput of patients being achieved by shorter hospital stays and higher bed occupancy rates. Next, these overall trends are examined in the light of experiences in countries in western and eastern Europe in restructuring their hospital systems.

From past to present

Hospitals have evolved over the centuries in response to social and political changes and changes in medical knowledge (Table 2.1). The earliest examples of institutions recognizable as hospitals were in Byzantium, no later than the seventh century (Miller 1997). By the twelfth century, many Arab towns had a small hospital, while a large hospital was built in Cairo in 1283 (Porter 1997). This concept of a building in which the sick and injured were treated was reintroduced to Christendom by the crusading orders in the eleventh

Table 2.1 Historical evolution of hospitals

<i>Role of hospital</i>	<i>Time</i>	<i>Characteristics</i>
Health care	7th century	Byzantine Empire, Greek and Arab theories of disease
Nursing, spiritual care	10th to 17th centuries	Hospitals attached to religious foundations
Isolation of infectious patients	11th century	Nursing of infectious diseases such as leprosy
Health care for poor people	17th century	Philanthropic and state institutions
Medical care	Late 19th century	Medical care and surgery; high mortality
Surgical centres	Early 20th century	Technological transformation of hospitals; entry of middle-class patients; expansion of outpatient departments
Hospital-centred health systems	1950s	Large hospitals; temples of technology
District general hospital	1970s	Rise of district general hospital; local, secondary and tertiary hospitals
Acute care hospital	1990s	Active short-stay care
Ambulatory surgery centres	1990s	Expansion of day admissions; expansion of minimally invasive surgery

century. Over the next few hundred years, the Knights of St John of Jerusalem (now the Knights of Malta) and the Knights Templar built hospitals across Europe (Porter 1997).

Until the twelfth century, most hospitals were small and basic and seldom offered medical care. These early hospitals were refuges for sick poor people who were admitted for shelter and basic nursing care and were also a means of isolating those with infectious diseases (Granshaw 1993). The Christian ideal of healing the sick and giving alms to the poor motivated the foundation of many early hospitals, and philanthropists (then as now) sponsored hospitals as an act of charity, in some cases to buy grace in heaven or to demonstrate their wealth and social position. By the Middle Ages, many hospitals providing medical care were attached to monasteries across Europe. St Bartholomew's was founded in London in 1123, the Hôtel Dieu in Paris in 1231 and Florence's Santa Maria Nuova in 1288 (Porter 1997).

A major era of European hospital building began in the thirteenth century. Hospitals had a recognizable medical character by the sixteenth century, although

to the public they remained places of pestilence or insanity (Porter 1997). Hospitals were 'a place, not to live, but to die in' (Browne 1643), or a refuge for the elderly poor who were thrown aside 'to rust in peace, or rot in hospitals' (Southerne 1682). A second wave of hospital building in the seventeenth

Box 2.1 La Pitié-Salpêtrière

The Hôpital Salpêtrière illustrates the shift from asylum to tertiary care hospital. In 1656, Louis XIV ordered a group of asylums, the Hôpital Général, to care for poor and sick people, namely La Pitié, Scipion, La Savonnerie, Bicêtre and the petit arsenal de la Salpêtrière. The Hôpital Salpêtrière took its name from saltpetre, a component of canon powder, originally stored in this building on the left bank of the Seine. The Salpêtrière incarcerated prostitutes, with a resident doctor not appointed until 1783, later providing residential care for elderly women as well as the insane. During the twentieth century, it developed into a tertiary care acute general hospital with a range of medical specialties. Its buildings increasingly fell behind contemporary hospital standards, however, until the French government reformed the medical curriculum and restructured hospitals in 1958. Teaching hospitals were grouped together to create the Centre Hospitaliers Universitaires (University Hospital Centres), and the hospital consortium, Pitié-Salpêtrière, was formed in 1964. Specialist units were developed, and the standard of care was improved after substantial capital investment. La Pitié-Salpêtrière is now well known for research and teaching.

Sources: Club du Vieux Manoir (1977) and Simon (1986)

century, in part reflecting increasing urbanization, saw the establishment of hospitals such as La Pitié-Salpêtrière in Paris (Box 2.1). Political events in the eighteenth century following the French Revolution accelerated the secularization

of hospitals. Voluntary non-religious hospitals were established, funded by private donors. As effective health care developed, some hospitals began to differentiate between 'curable' and 'incurable' patients.

In the nineteenth century, the state began to play a role, alongside the voluntary sector, in caring for poor and sick people in the rapidly growing cities. Many of today's hospitals in western European countries, therefore, had their origins in charitable institutions for the poor, while physicians treated wealthier people at home or in small private hospitals. With medical progress, hospitals became 'medicalized' in the sense that admission was determined according to medical rather than social criteria, and by physicians instead of hospital benefactors. By the end of the nineteenth century, all large European cities had both public and private general hospitals. Public hospitals became the sites for most teaching and research, typically being visited by clinicians for several hours each week (Trohler and Prull 1997).

As the role of the hospital expanded, so did the need for public support. Most European hospitals came under some form of state control in the twentieth century, since philanthropy and patient fees were no longer sufficient to cover the huge rise in costs of treatment.

The rise of the hospital from the late nineteenth century to its current dominant position came with the development of aseptic and antiseptic techniques, more effective anaesthesia, greater surgical knowledge and skills, and a revolution in technology (McGrew 1985). The entire character of hospitals changed. The infections endemic in hospitals were dramatically reduced,

especially in surgical and obstetric wards. Surgeons were able to undertake more complex surgery with higher rates of recovery by patients. In the late nineteenth century, hospitals began to diagnose and treat ambulatory as well as bed-bound patients, and outpatient treatment gradually came to account for a large proportion of hospital activity. Also, the middle classes began to attend, changing the character of hospitals, which had to become more responsive to their clientele and to function in a more business-like manner.

The latter half of the nineteenth century saw the growth of medicine as a profession, the rise of professional specialties and the establishment of specialist

hospitals. Some professional groups and hospitals 'focused on body parts, some on diseases; some on life events, some on age groups' (Porter 1997: 381). 'By 1900 . . . nothing could stop the scores of specialities taking root upon the balkanised medical map – involving hospital departments, research centres and distinctive career hierarchies' (Porter 1997: 388). The process of medical specialization proceeded rapidly and, together with the shift of medical care from the community to the hospital, brought about an enormous increase in the number of specialists.

By the end of the nineteenth century, infectious disease began to be understood. Pasteur had proven the germ theory and Koch had developed the practical and theoretical basis of microbiology. Semmelweis showed that washing hands before examining patients reduced the transmission of infection, a lesson that is often forgotten today (see Chapter 3). Lister's introduction of antiseptics, coupled with the discovery of safe anaesthetic agents, made elective surgery safer. In England, Florence Nightingale established a professional basis for nursing. By the twentieth century, the hospital was beginning to take on its present-day role. Advances in chemical engineering laid the basis for a pharmaceutical industry; for example, research on chemical dyes led to the invention of sulfa drugs. As the scope for clinical intervention increased, technology became more complex and expensive. Hospitals began to offer cure rather than just care.

Advances in military surgery in the Second World War had a profound impact on hospitals, with safe blood transfusion, penicillin and surgeons trained in trauma techniques. The greatest changes occurred from the 1970s onwards, however, with advances in laboratory diagnosis and the ability to treat more diseases. The massive expansion in pharmaceuticals transformed the management of diseases, such as childhood leukaemia and some solid cancers. New specialties such as oncology emerged and common conditions such as peptic ulcer, previously treated with prolonged hospitalization, were managed in ambulatory care. Whole new areas of surgery became commonplace, such as coronary artery bypasses, transplantation of kidneys and other organs, and microsurgery. Intensive care units kept many people alive who otherwise would not have survived. Physicians expanded their range of interventions, with techniques such as endoscopic and endovascular procedures and complex treatments such as chemotherapy, while investigations such as computed tomography and magnetic resonance imaging expanded their diagnostic capabilities. New technology, such as minimally invasive surgery and accelerated treatment regimens, reduced hospital stays throughout the 1990s.

During this process, the teaching hospital became the centre of modern medicine. Hospitals became 'the great power-base for the medical elite, the automated factories of the medical production-line' (Porter 1997: 647). Apart from these flagships of medical science, most hospitals before the 1950s were places where relatively simple drugs were administered, surgical procedures were limited and the time spent in hospital involved mostly bed rest. This created two tiers of acute care hospitals. Some hospitals, usually university-affiliated hospitals in the hearts of large cities, expanded into a range of medical specialties supported by complex technology and kept abreast of new developments. The other less advanced hospitals maintained a limited range of specialties and acted as district hospitals for outer-city areas, large towns and rural districts, referring more complicated cases to the tertiary care hospitals (Hillman 1999).

By the 1970s, these new technologies were diffusing out of teaching hospitals and subspecialization was increasingly emerging in district hospitals, which in many countries were also playing a greater role in teaching and research, thus blurring the boundary between secondary and tertiary care.

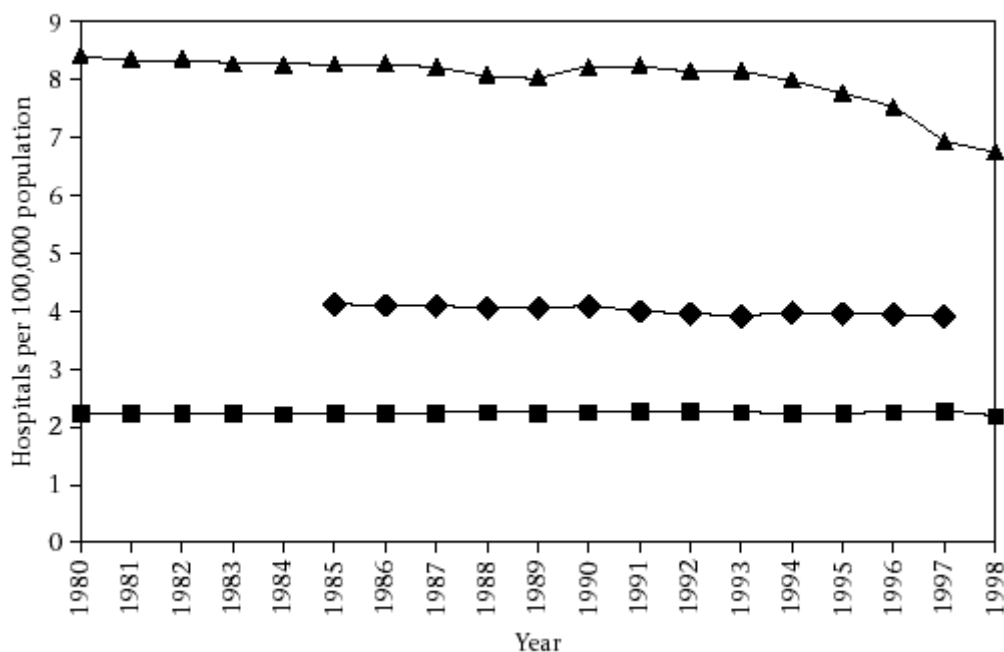
In many respects, this is a story of success. Hospital medicine has been responsible for major medical achievements in the past decades. The extent of its dominance in the health care system, however, has prompted a reassessment of the wider social and economic implications. In that sense, hospitals may be a victim of their own success.

Trends in hospital activity

Any review of trends in hospital activities in Europe must recognize the limitations of international comparisons. The nature of a hospital differs among countries, as noted in Chapter 1, but there are even problems with the concept of a 'bed'. Does it include all beds regardless of whether they are used? A staffed bed may be one of twenty covered by a single nurse or it may be in an intensive care unit with one-to-one care. It is often forgotten that the term 'bed' is shorthand for an entire package that includes nurses, supporting staff and, perhaps, advanced monitoring equipment. Furthermore, the widely used measure of average length of stay is sensitive to changes in admission procedures. For example, a policy of managing patients as day cases who previously were admitted overnight may, paradoxically, increase the average length of stay, since the calculation now excludes those formerly staying only one night. There are problems also in gathering valid and representative data; for example, some countries exclude the private sector or other sectors such as military hospitals (McKee et al. 1993). There may be funding incentives within the hospital system to distort the figures, such as exaggerated counts of patients and beds. Given these limitations, we confine this analysis to drawing conclusions about broad trends. Those who wish to pursue more detailed analysis can obtain the data for individual countries from the WHO European Health for All Database (WHO 2001).

Three broad patterns of hospital configuration across Europe can be discerned (Figure 2.1). This graph, which includes both acute and long-stay hospitals

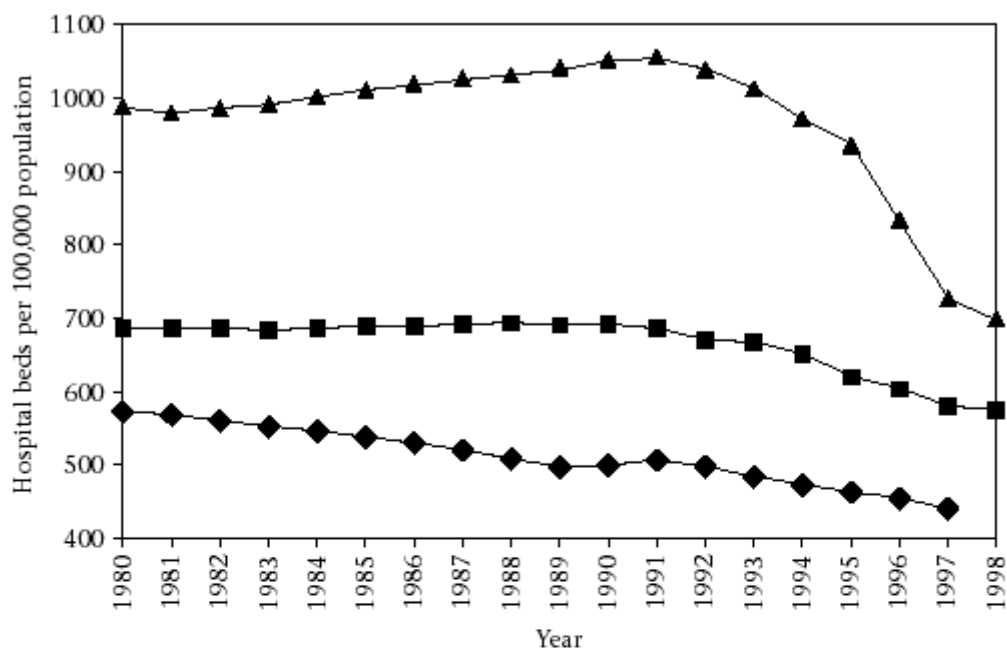
Figure 2.1 Number of hospitals per 100,000 population in the European Union (◆), countries of central and eastern Europe (■) and countries of the former Soviet Union (▲)



Source: WHO (2001)

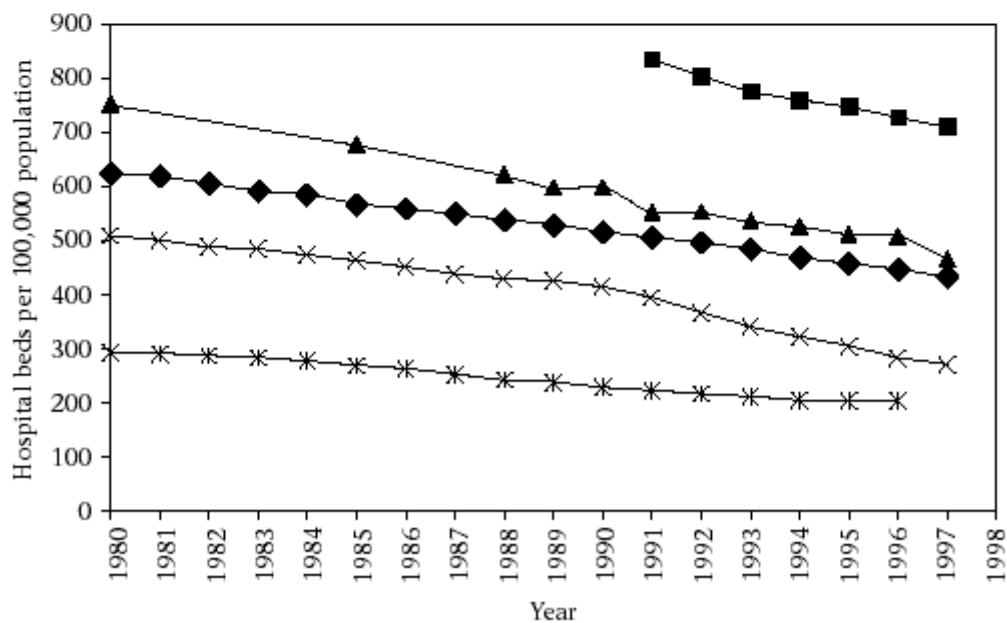
(since these cannot be distinguished in all countries), indicates considerable differences across Europe. The 15 countries of the former Soviet Union have by far the most hospitals, with some very large but also many small hospitals. The 12 countries of central and eastern Europe have fewer, although many are very large (hospitals with more than 1000 beds are not uncommon), while the now 15 European Union countries have half as many hospitals for their populations. The countries of the former Soviet Union stand out as having reduced their numbers of hospitals during the 1990s from a very high level. Turning to the slightly less problematic measure of hospital beds, western Europe has experienced a gradual but steady decline in numbers of acute beds since before 1980 (Figure 2.2). The former socialist countries of central and eastern Europe had about 20 per cent more beds than countries in western Europe in 1980, remained steady at this level through the 1980s, but started to fall in the 1990s. Their level remains about twice that in western Europe. The countries of the former Soviet Union display a quite different pattern, with levels about twice those in western Europe in 1980, actually increasing in the 1980s, but then declining dramatically in the 1990s. Although these regional groupings are helpful as a means of summarizing trends, there is considerable national diversity. In the European Union, for example, although all countries have reduced hospital beds, they started from very different levels (Figure 2.3). Germany has nearly twice the European Union average and, despite a steep decline, Italy still has more than twice as many acute beds as the United Kingdom. There is, however, some evidence

Figure 2.2 Hospital beds in acute hospitals per 100,000 population in the European Union (◆), countries of central and eastern Europe (■) and countries of the former Soviet Union (▲)



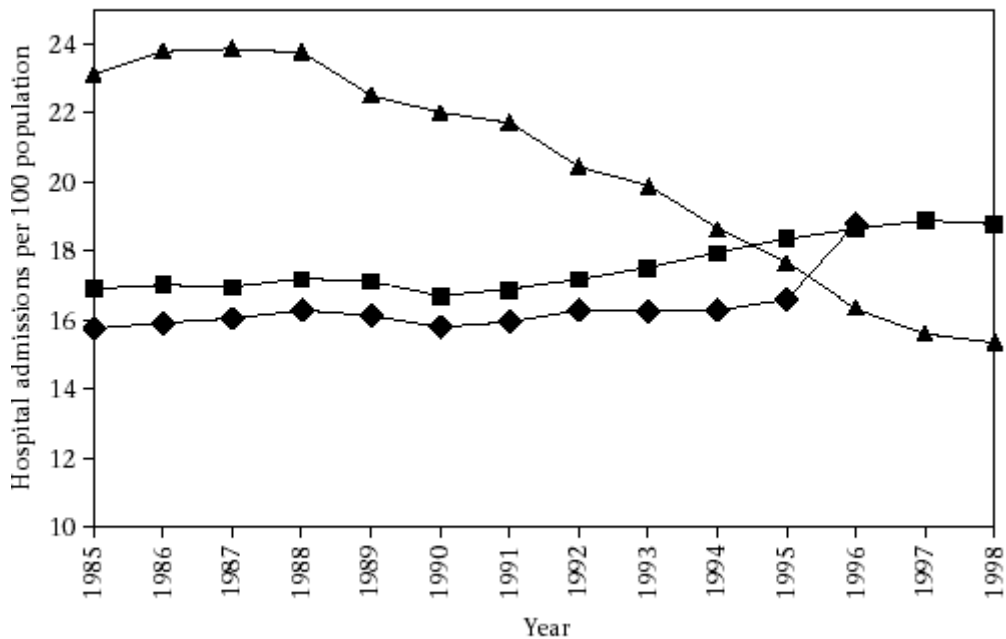
Source: WHO (2001)

Figure 2.3 Hospital beds in acute hospitals per 100,000 population, selected western European countries; ◆ France; ■ Germany; ▲ Italy; × Sweden; * United Kingdom



Source: WHO (2001)

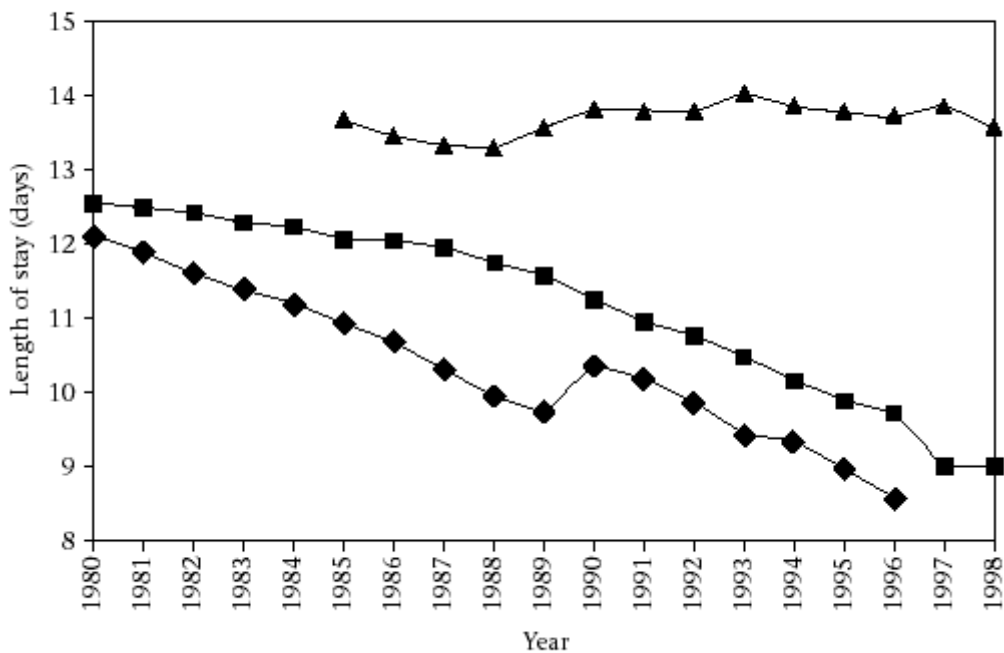
Figure 2.4 Acute hospital admissions per 100 population in the European Union (◆), countries of central and eastern Europe (■) and countries of the former Soviet Union (▲)



Source: WHO (2001)

that the bed stock in the United Kingdom may now be too low for current demands (Department of Health 2000). Information about numbers of beds provides only a partial picture. A more comprehensive assessment requires knowledge of how many patients are admitted to hospital, how long they stay and how intensively the bed stock is used. Turning to admissions, responses to the falling numbers of beds have varied across Europe (Figure 2.4). The countries of the former Soviet Union show a spectacular fall from their high level of recorded admissions since the late 1980s. The reasons for this are discussed later in this chapter. In contrast, admissions in other parts of Europe began to increase in the 1990s. The volume of ambulatory care also rose, indicating an even greater increase in overall hospital activity in western Europe, for reasons that are still inadequately understood. Some of the change may, however, be attributable to patients who previously would have stayed for a prolonged period now having repeated admissions and discharges, so that the increase in people treated may be less than the trend lines suggest. The second perspective is how long patients remain in these beds (Figure 2.5). Many western European countries have moved patients who would formerly have remained in hospital for long periods into specialized facilities providing nursing care (such as nursing homes) or have discharged them back to their own homes with help from community-based health and social care services. Second, the length of stay for many acute conditions has been reduced

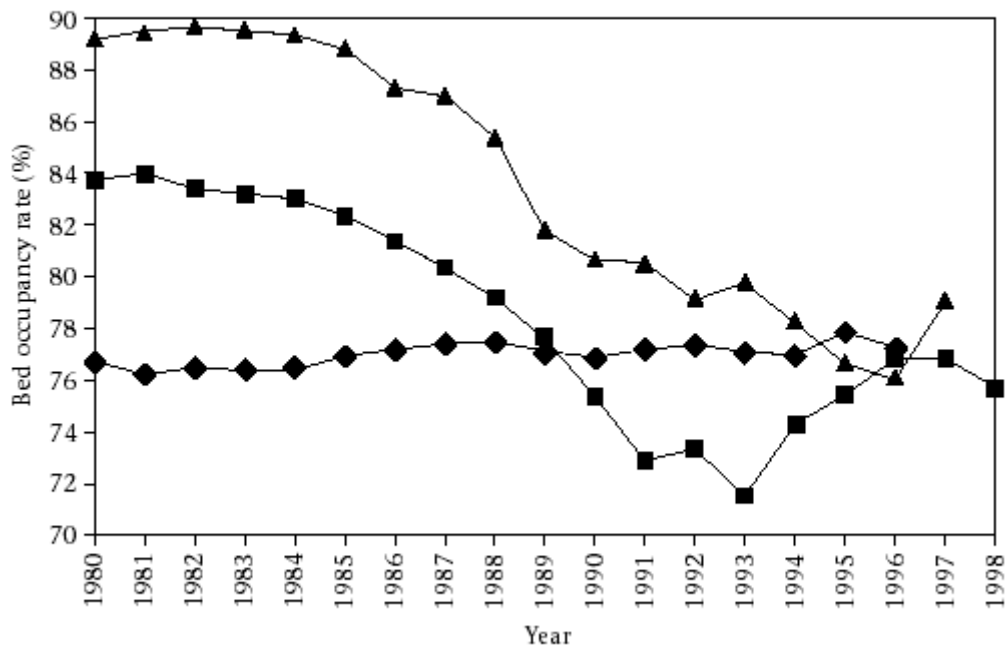
Figure 2.5 Average length of stay in acute care hospitals in the European Union (◆), countries of central and eastern Europe (■) and countries of the former Soviet Union (▲)



Source: WHO (2001)

substantially, reflecting policies such as earlier mobilization after surgery. Third, more cases are being handled as one-day admissions. This shift to shorter stays requires major changes in how patients are managed and how staff are deployed. In contrast, the very high lengths of stay (around 14 days) in the countries of the former Soviet Union have changed little. Such regional comparisons are problematic, since the analysis must take into account differences in social conditions and alternative models of care as well as differences in diseases and the means available to treat them. Nevertheless, some defined conditions can be compared. Thus, women with uncomplicated normal deliveries in many countries of the former Soviet Union are kept in hospital for 7 days whereas, in western European countries, women may stay less than 24 hours. In many countries of the former Soviet Union, tuberculosis is treated primarily by prolonged inpatient chemotherapy during stays of several months, whereas similar patients in western Europe would be managed as outpatients. A better understanding of the reasons for these differences, and thus the appropriate responses, requires more information than is currently available on the precise package of care provided for specific conditions in different settings. Obtaining such information should be a high priority for health policy-makers. The pressures on hospitals in western Europe to reduce the average length of stay has stimulated research on the reasons for delayed discharge of patients from hospital, many of whom are older people (Victor et al. 2000). A formal

Figure 2.6 Bed occupancy rate (%) in acute care hospitals in the European Union (◆), countries of central and eastern Europe (■) and countries of the former Soviet Union (▲)

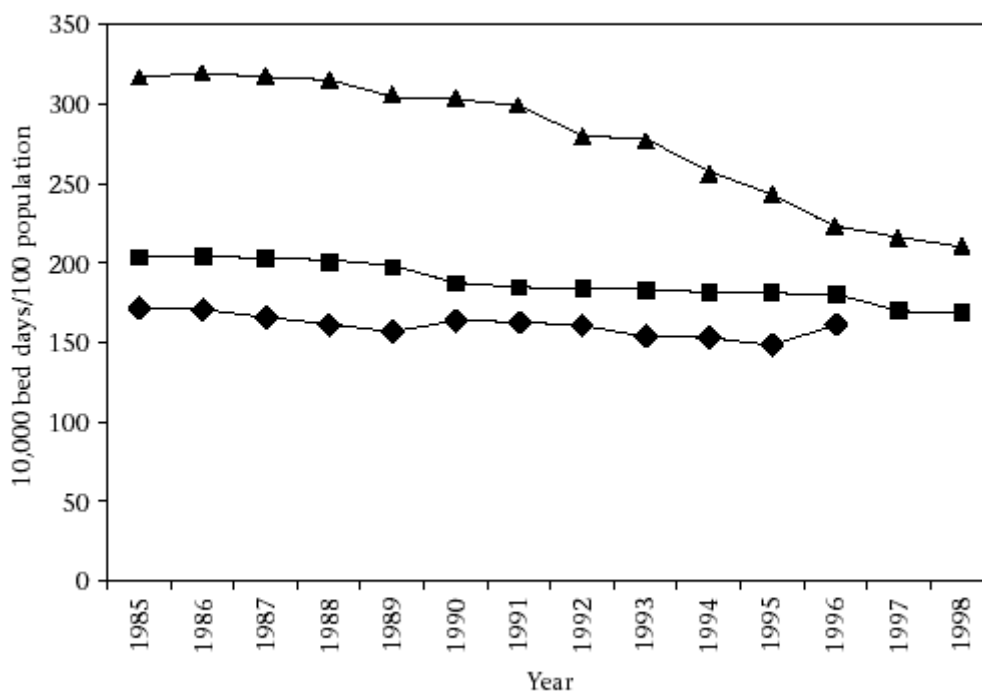


Source: WHO (2001)

utilization review, using instruments to identify patients who are inappropriately occupying a hospital bed, is part of a well-developed management system and can identify obstacles to timely discharge (Restuccia 1995). Although widely used in the United States, utilization review has only been used within Europe for local initiatives, with the possible exception of Portugal, which has a system based on monitoring length of stay by diagnosis-related groups. Research is underway to validate an instrument that could be used across western Europe (Lorenzo et al. 1999).

Turning to the intensity of bed use, occupancy rates have remained stable at just above 75 per cent in the European Union but declined very steeply before recovering in central and eastern Europe in the mid-1990s (Figure 2.6). In the countries of the former Soviet Union, average bed occupancy has fallen sharply from 90 to 75 per cent. The former high occupancy in part reflected the hospital funding system, with its financial incentives to maintain the maximum number of patients (at least on paper). The falls in bed occupancy and hospital admissions indicate severe crises in the post-Soviet hospital systems, as hospital budgets eroded and with them the means of treatment, so that fewer people attended hospitals (discussed further later in this chapter). These data can be brought together to assess the amount of inpatient care provided for the overall population (Figure 2.7). Despite considerable changes in individual parameters, with the exception of the countries of the former Soviet Union where overall bed use has fallen by over a third, and a slight decline in central and eastern Europe, there has been little overall change in

Figure 2.7 Bed-days per 100 population in acute hospitals in the European Union (◆), countries of central and eastern Europe (■) and countries of the former Soviet Union (▲)



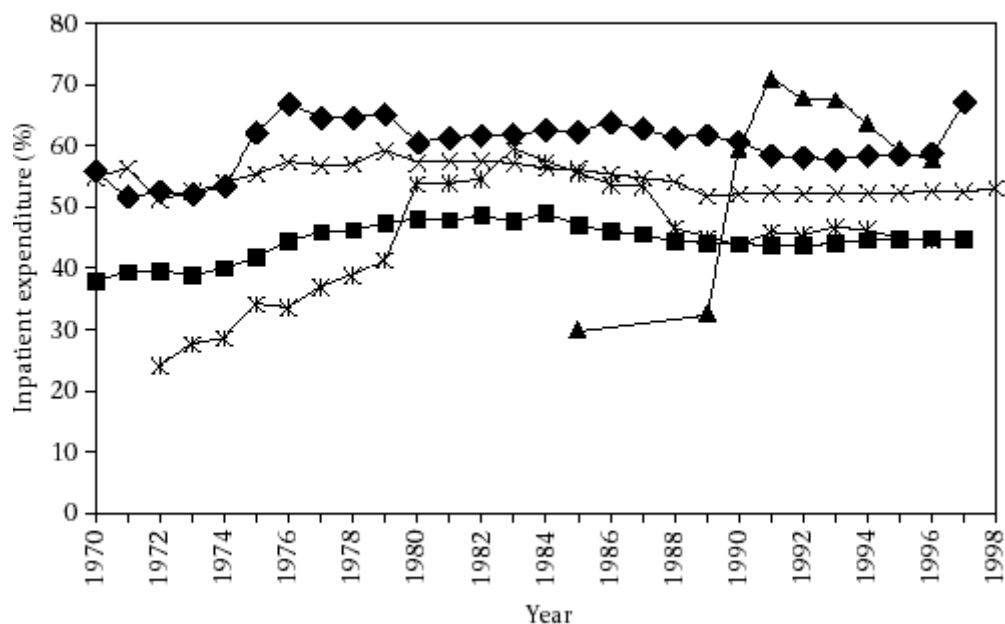
Source: WHO (2001)

western Europe. This confirms the conclusion that lower lengths of stay largely have been compensated for by increasing numbers of patient admissions. What has happened to expenditure on hospitals? Hospitals continue to account for the largest share of overall health expenditure. Although their share has not dropped significantly over the last few decades in western European countries, expenditure growth has been contained (Mossialos and Le Grand 1999). Time-series statistics are not available for all countries, but Figure 2.8 illustrates trends for selected countries, showing Denmark with a high level of hospital expenditure and France with lower levels. Hospitals in eastern Europe take a much larger share (generally more than 70 per cent) of the (small) identifiable health budgets compared with western Europe, where hospitals take about one-third to one-half of the (larger) health budget (WHO 2001). This is, however, influenced by the uncertain scale of informal payments, particularly in eastern Europe, in the overall cost of health care.

Understanding past trends

Although regional groupings of quite diverse countries do present limitations, some general patterns can be discerned within the trends discussed above. Western European countries, many of which have sought to reduce hospital capacity, have had mixed success in closing hospitals. Bed numbers have fallen, however, and the beds are being used to treat more people, each staying

Figure 2.8 Hospital inpatient expenditure as a percentage of total health expenditure, selected western European countries: ◆ Denmark; ■ France; ▲ Hungary; × Netherlands; ✕ Spain



Source: WHO (2001)

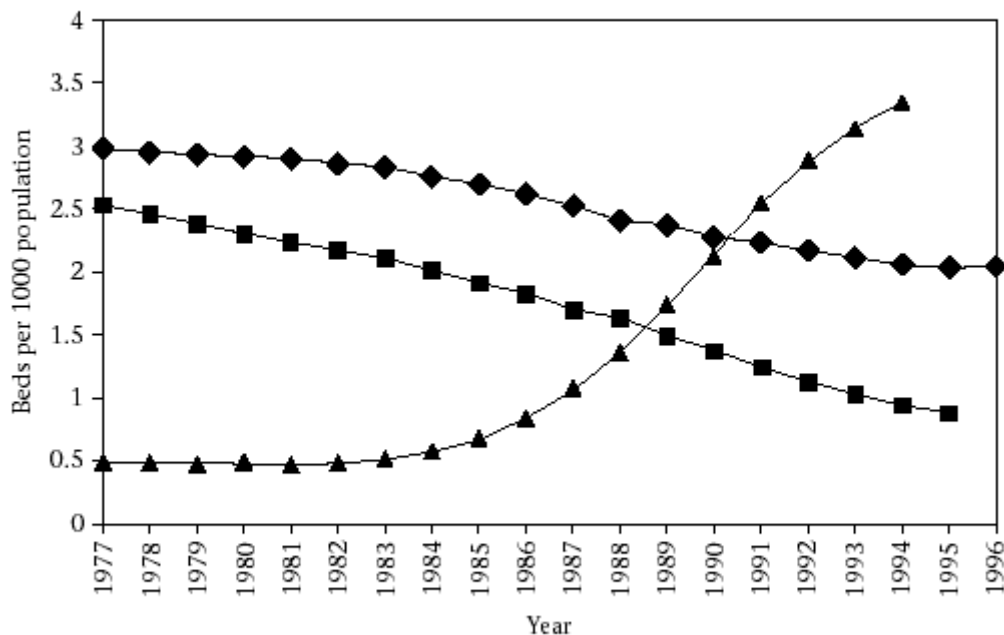
in hospital for a shorter period. Central and eastern European countries reduced hospital beds after 1990 but, as in the west, did not close hospitals. Admissions to the remaining beds have increased, with patients staying for shorter periods of time, and bed occupancy rates fell in the aftermath of transition but have now recovered. The countries of the former Soviet Union exhibit a quite different pattern. They have experienced large-scale closures of hospitals, mostly small hospitals, and large reductions in beds from a very high level. Fewer patients are being admitted, but the ones admitted continue to remain in hospital for much longer than in the rest of Europe.

What are the reasons for these changes? In western Europe, the fall in hospital beds can largely be attributed to three major movements dating from the 1960s onwards, in response to cost pressures as well as changes in treatment and care options. These were the shift out of hospitals, first, of long-stay psychiatric patients, and second, of dependent older people. The third factor has been the restructuring of acute care, involving closures of very large and very small hospitals but, more often, incremental reductions in beds, accompanied by more ambulatory treatment and rehabilitation outside the hospital.

Transfer of long-stay patients out of hospital

The changing pattern of care in many high-income countries for elderly people and people with severe disabilities or mental disorders can be illustrated by statistics from the United Kingdom. There, the number of acute care and

Figure 2.9 Trends in beds (per 1000 population), United Kingdom 1977–96:
 ◆ acute care; ■ psychiatric care; ▲ nursing home



Source: OECD (1999)

psychiatric beds has dropped steadily, whereas the number of nursing home beds has risen steeply (Figure 2.9). Several factors underlie this, but their combined effects have been in the same direction. The ‘normalization’ movement, beginning in the 1960s, rejected a model in which medicine became a form of social control and sought ways in which people could be cared for in an environment as much like home as possible. This was facilitated by the development of new drugs that enabled patients with major psychoses to live in the community. Later, the pressures for social care of an ageing population prompted a search for alternatives to hospital care. Some of the issues that drove deinstitutionalization in the past have reappeared today: rising costs, new treatment options and changing public opinion.

Long-term psychiatric care

The number of patients in psychiatric hospitals more than halved between the late 1950s and late 1980s in most industrialized countries (Mechanic and Rochefort 1990). This was possible because psychotropic drugs reduced the need for high-security psychiatric hospitals at a time when health systems faced upward pressure on costs and when the inhumane and depersonalizing environments of institutions had become apparent (Goffman 1969). The shift began in the United States, when psychiatric hospitals the size of small towns were scaled down or closed. Psychiatric inpatient beds declined from 2.1 per 1000 population in 1970 to 0.4 in 1990 (Turner-Crowson 1993). The 1950s and 1960s are described as a ‘benign’ phase when the ‘back doors’ of mental

hospitals were opened and long-stay patients were released and resettled. The 'radical' phase since the 1970s has seen hospitals close their 'front doors' and divert people to community-based services, in response both to local constraints and the search for better treatment options (Turner-Crowson 1993). Criticisms of this movement resemble current concerns about the effects of reductions in acute hospital beds. Hospitals became 'revolving doors', discharging people prematurely who later were readmitted; hospitals refused to admit many very ill people; there were long waits before admission for inpatient treatment; and the functional divisions between inpatient and ambulatory health care were unclear. Furthermore, the money failed to follow people from institutions into the community (Mechanic and Rochefort 1990). Several lessons can be drawn from this experience. First, attempts to use old psychiatric hospitals for other health care purposes met with little success, since a large institution cannot be transformed easily into something else, such as a base for community services. Second, retraining hospital staff for roles in the community was difficult. Third, money saved in closing hospitals was not transferred to community-based services. Fourth, closing hospitals without ensuring that appropriate alternative care was available posed real risks to patients, families and the public.

The growth of nursing facilities for older people

A nursing home is a facility that provides long-term care involving regular basic nursing but not specialist medical treatment. The use of nursing homes to care for dependent older people varies between countries. For example, in a study of ten high-income countries, between 2 and 5 per cent of elderly people were cared for in nursing homes (Ribbe et al. 1997). These differences are due more to policy decisions (with intended or unintended consequences) than to the characteristics of older populations. Some governments have actively promoted the use of nursing homes through subsidies as a means of transferring older people out of hospitals (Hensher and Edwards 1999). This policy succeeded in its immediate aim, although, in the United Kingdom, the unexpected outcome was an enormous and unanticipated growth in private nursing homes. Paradoxically, this policy was introduced in the United Kingdom at the same time that Australia was trying to reverse a similar policy set in motion two decades earlier (Gibson 1998). The Australian government had offered a 'head in a bed' subsidy to the non-governmental sector, resulting in a 70 per cent increase in nursing home beds as a population ratio between 1963 and 1980. In the early 1980s, the United Kingdom government similarly offered a subsidy towards the cost of care of people in non-governmental homes, resulting in a 60 per cent increase in beds between 1980 and 1993. Many countries are now seeking alternatives to nursing home care by strengthening community-based services that maintain older people in their own homes for as long as possible (Tester 1996; Walker and Maltby 1997). Chapter 5 discusses the relationship between hospitals and nursing homes in the United Kingdom.

The policy of encouraging other forms of long-term care had several implications for hospitals. The most obvious is that it facilitated reductions in

hospital capacity and enabled older people to be placed in settings more appropriate to their needs. A less well recognized consequence is that older people who remain in hospital are more ill and dependent than previously (Aro et al. 1997), with important implications for levels of nursing and support staff.

Reorganizing acute hospital care

The transfer of long-stay hospital patients to separate nursing facilities, as well as reductions in length of stay for acute care, have provided opportunities to reduce hospital capacity. This is not to argue that radical downsizing is appropriate for all countries, since those with dispersed rural populations such as Norway may require many small hospitals (Furnholmen and Magnussen 2000). As most western European countries are, however, trying to reduce hospital capacity, why are some more successful than others? A few themes emerge. In general, beds have been removed rather than hospitals closed. Many European countries have found it extremely difficult to close whole hospitals. For example, Germany closed 7 per cent of hospital beds between 1991 and 1997 but almost no hospitals. Closing beds alone has not, in general, released significant savings, since a considerable proportion of hospital costs is associated with buildings and other fixed costs (Mossialos and Le Grand 1999). Only a few countries have closed significant numbers of hospitals. Examples include the United Kingdom and Ireland, both of which reduced their hospitals by about one-third in the 1980s and early 1990s, although some change in the United Kingdom resulted from changing definitions. A few countries have managed to close hospitals through regulatory approaches. Belgium implemented the following series of strategies. A 1982 decree instituted a cap on the total number of hospital beds and enabled the health insurance funds to reclassify some beds for 'nursing', which then were reimbursed at a lower rate than care in 'acute' beds. A subsequent 1989 decree, stating that an accredited 'hospital' must have at least 150 beds, led to the closing of many small hospitals (Kerr and Siebrand 2000). In Denmark, change was stimulated by development of a market between the counties but, importantly, these negotiations involved counties rather than individual hospitals and resulted in the replacement of two or more small hospitals by single larger facilities (Christiansen et al. 1999; van Mosseveld and van Son 1999). Planning approaches have achieved some success. France has created 26 regional boards that seek to cut acute care beds by a further 24,000 (a 4.7 per cent reduction). During 1994–98, 17,000 beds were closed in both public and private hospitals. This enabled the development of other facilities more appropriate to changing health care needs. Thus the regional hospital agencies have opened 15 new hospitals, seven dialysis units, 20 centres for people with Alzheimer's disease and 60 new cancer units (EU News in Brief 2000; Swingedau 2000).

In contrast, change has been slower when left to the market, involving such strategies as separating purchasing and provision and giving hospitals some autonomy. This reflects several factors. First, while market forces can destabilize

the system, which may help identify structural problems, they are less good at identifying what should replace the system. In particular, markets pay less attention to the health needs of the population than to managerial, corporate and professional interests. Second, giving autonomy to hospital managers also empowers them to resist closure, often by assembling powerful alliances among health professionals and local government. Third, a gradual, or even abrupt, withdrawal of resources can often be met by strategies other than closure, such as failure to maintain buildings and equipment or simply accumulating a deficit. Finally, the political visibility of major hospital closures makes it very difficult for politicians to distance themselves from unpopular change, even when they seek to transfer responsibility to 'the market'.

Change has been especially difficult where ownership is diffuse and incentives are mixed. In Switzerland, for example, there has been little reduction in capacity. There, funding is divided between taxation and health insurance, and ownership is decentralized, involving cantons, municipalities and the private sector (Minder et al. 2000). Although both beds and hospitals have been reduced overall in Italy, this has varied among regions. In some regions, difficulty in implementing change has been attributed to the persistence of competing incentives, with many physicians working in both the public and private sectors (Taroni 2000).

Policies based on promoting service substitution have contributed to reductions in bed numbers but have not, on their own, led to hospital closures. Such strategies include increases in ambulatory care, as in Norway, or in rehabilitation facilities, as in Germany (Busse 2000). Germany has now abolished its previous rigid separation of inpatient and ambulatory care, which had made substitution of care difficult (Busse 2000).

Closure seems more likely where two or more hospitals are replaced by a new facility, often on a different site. This avoids the impression that one site has 'won' and also provides visible benefits for staff who benefit from enhanced, modern facilities. This may also be necessary if facilities built years (or even centuries) before cannot be adapted to the needs of modern health care (see Chapter 3). In Spain, for example, it was possible to close some old and very large hospitals by building new facilities that were smaller and more accessible (Rico et al. 2000).

In contrast, hospitals have seen enormous structural changes over the last two decades in the United States, mainly through mergers of smaller not-for-profit tax-exempt hospitals (Arnould et al. 1997). Although highly regulated, greater competition from the early 1980s reduced costs and prices in hospitals, partly because insurance funds and health maintenance organizations steered patients

to more efficient providers (Ferguson and Goddard 1997). Mergers between hospitals continued into the late 1990s, with an estimated 250 per year (see Chapter 14). Managed care is credited with reducing the very high health care and hospital costs in the United States, although a backlash is now developing among various groups, including patients and physicians (Enthoven and Singer 1996, 1998). Chapter 6 discusses the arguments for vertical and horizontal mergers in the European public sector, concluding that hospital mergers only produce benefits when excess capacity is eliminated or when there are clinical reasons for greater scope and scale.

Several lessons emerge from the experience of the United Kingdom, where many hospitals have been merged and closed (Robinson and Dixon 1999). As in France, a clear plan for change has been essential. Closures were often preceded by mergers of independent hospitals; for example, all the hospitals in a city were brought together into one 'hospital trust'. Given the difficulties of closing autonomous hospitals, it was much easier to close what had become one site within a large hospital grouping than to close what was previously an entire hospital. It was also important to secure support from the senior medical staff, given their influence over their colleagues and also over local public opinion. This also was the strategy pursued in Melbourne, Australia in 1995, where 32 separate public-sector hospitals were grouped into seven networks, resulting in the closure of nine hospitals and further mergers and reconfigurations across the networks (Corden 2001).

Hospital systems in eastern Europe

The countries of central and eastern Europe and the countries of the former Soviet Union are considered together here because, despite considerable individual differences, they share the legacy of the Soviet-model health care system. An understanding of changes since 1990 requires some historical background to place these changes in context. The inherited Soviet model is outlined here, therefore, followed by an overview of some factors that have contributed to change.

The Soviet model of the health care system

The countries of the former Soviet Union inherited a hospital-dominated health care system, in which hospitals were divided according to the administrative levels of the country, by the diseases they treated, the level of care they provided and the occupations and backgrounds of the patients they admitted. They are now diverging from this model, but the extent of change varies. The main characteristics of the Soviet hospital system, which also applied to some extent in the countries of central and eastern Europe, are as follows. The first characteristic, a plentiful supply of hospitals, was (and still is) regarded as the main measure of a good health care system. The Semashko All-Union Research Institute of Social Hygiene and Public Administration in Moscow drew up normative planning standards (such as the number of hospital beds per 10,000 population) that were applied across the USSR. This emphasis on hospitals continues to starve the rest of the health care system of funds. Hospitals are funded and medicine is practised in such a way as to keep beds full. These hospitals include many small rural hospitals for the scattered population. The second characteristic, specialization among hospitals, also is regarded as a hallmark of a good health care system. Eastern Europe is strikingly different from western Europe in its extensive network of specialist hospitals at the national, regional and district levels, including maternity, paediatrics, psychiatry, tuberculosis, cancer, dermatology, sexually transmitted diseases and ophthalmology.

The third characteristic is vertical fragmentation into tiers of hospitals according to the level of public administration: district (rayon), city, region (oblast) and national (republic). At the bottom are the rural district (village) hospitals, next the central (town) district hospitals, the city hospitals, the regional hospitals and the national tertiary care hospitals. In practice, there is little functional distinction between hospital care at the city and national level, since most patients attending national hospitals live in the capital and are treated for basic secondary care conditions. In parallel, at the district, regional and national levels, are specialist hospitals, as well as dispensaries (long-term care hospitals) for conditions such as tuberculosis.

The fourth characteristic is the existence of parallel health services. These include separate hospitals for senior party members and for the main government departments: the ministries of internal affairs, railways, and defence forces as well as large industries. These separate services for ministries mostly remain in place. For example, in Kazakhstan in 1996, they accounted for about 9 per cent of hospital beds (Kulzhanov and Healy 1999).

A fifth characteristic, a strong upward referral flow of patients to hospital, reflects several factors. Central hospitals have larger budgets, the most skilled physicians and a better supply of equipment and drugs. Primary care is poorly developed and physicians have a limited capacity (knowledge, skills and resources) to manage even minor illnesses. General physicians undertake much less diagnosis and treatment than general physicians in western Europe. Community-based physicians, therefore, perform only a minimal gatekeeping role, especially since many patients bypass them and go straight to hospital. Finally, as shown earlier, lengths of stay in hospital are much longer than in western Europe. Much treatment is determined by centrally devised clinical protocols that typically require long stays. Also, financial incentives within the health care system (including informal payments to physicians) reward hospitals and staff for lengthy patient stays, while adequate substitutes for hospital care are generally unavailable.

In summary, most countries in eastern Europe are over-supplied with hospitals and hospital beds, at least by western European standards. Some further evidence for this excess capacity is the dramatic recent reduction in hospital admissions and occupancy rates in some countries. Hospitals in eastern Europe serve rather different functions to those in western Europe, however. They are the dominant providers of health services as well as formal social care services. The longer lengths of stay are influenced not only by financial incentives, but also by fewer resources such as technology and up-to-date knowledge and skills.

The experience of change

As in western Europe, there is considerable diversity between eastern European countries in the extent of change but, unlike the west, change more often has been a response to external circumstances. In a few countries, war or other civil disorders have been important factors (such as in Albania, Bosnia and Herzegovina, Georgia and Tajikistan). This has led to large reductions in hospital capacity, partly because of the hostilities and partly because of a lack

of resources to keep hospitals running. For example, hospital beds declined by over 20 per cent between 1990 and 1998 in both Albania and Tajikistan. The major contributor to the very large fall in hospital capacity in the countries of the former Soviet Union has, however, been the impact of economic crisis, which forced the closure of many small hospitals in rural areas. These typically had extremely limited facilities, often lacking running water, and one reason they closed was abandonment in the face of lack of funds. For example, hospital beds in Kazakhstan declined by 40 per cent between 1990 and 1997, with the number of hospitals falling by nearly half, mostly from the closure of village hospitals, down from 684 in 1994 to 208 in 1997 (Kulzhanov and Healy 1999). Planning strategies also produced closures in some countries, being called for in national health plans backed by presidential decrees, as in Kyrgyzstan (Sargaldakova et al. 2000).

The funding problems that accompanied the liberalization of the Czech Republic's health care system in the mid-1990s also led to large-scale closures. The adoption of fee-for-service payments for physicians and the failure to cap hospital payments resulted in rising hospital costs and insolvency of insurance funds. By 1998, only nine of the original 27 sickness funds remained and acute hospital beds had fallen by 23 per cent.

Elsewhere, change has been slower, although often no better planned. Many of the lessons echo those learned in western Europe. An early change, in many countries, was to make hospitals independent from central government, usually by transferring them to local government. These hospitals have continued to guard their independence jealously, making the creation of regional authorities (as in France) or mergers between hospitals (as in the United Kingdom) difficult. Thus, the government of Hungary has faced strong opposition to its repeated attempts to reduce hospital capacity (Orosz and Hollo, in press). Neither the creation of county-level committees (with limited powers) nor the introduction of payment based on diagnosis-related groups has had much impact. Acute hospital beds were reduced by only 7 per cent between 1990 and 1997, while state expenditures on hospitals rose (Gaal et al. 1999). Expectations that changes in formal payment mechanisms would lead to significant hospital closures and cost containment have not been fulfilled in this region (Chapter 8). For example, in some countries of the former Soviet Union, formal payments are a minor element of overall flows. Thus, while Georgia's state health insurance agency has introduced case-based hospital payments, hospitals recently transformed into joint stock enterprises obtain over 80 per cent of their funding from direct patient payments, either official or unofficial.

Lessons and implications

A lesson emerging from this historical review is that hospitals must continue to adapt to changes in their internal and external environments. This chapter has described how the hospital has evolved throughout history, noting how this evolution has moved at different speeds in different places. Traditional measures of hospital activity, such as numbers of beds and length of stay,

suggest that the importance of the hospital in the health care system is diminishing, but other indicators such as patient admissions suggest that hospitals are busier than ever. As the functions of the hospital change, better information is needed on the ambulatory care services and day surgery now provided by hospitals.

There are several implications for policy-makers. First, international comparative data offer no simple answer to how many hospital beds a country needs. Many countries have considerable scope for reducing existing hospital capacity by moving long-stay patients into more appropriate facilities. This does not, however, mean that all countries should emulate those with low levels of hospital capacity, since there is some concern that such low levels may be inadequate given current needs (Department of Health 2000). As one commentator has noted, no model will fit everywhere, and the policy-maker must be prepared to 'think different' (Smith 1999).

Second, where hospital capacity is regarded as excessive, planning strategies appear to work better than leaving the reconfiguration process to market forces. In particular, independent single hospitals are especially resistant to closure, while change may need to be accompanied by the creation of new organizational entities and even new facilities. Thus, it might be better for the term 'downsizing' to be replaced by 'reconfiguration'. Specifically, it should not be assumed that the problem of excess capacity can be addressed simply by closing some existing facilities and leaving others that are equally ill-equipped to address future challenges.

Finally, the largest reductions in hospital capacity in eastern Europe have arisen not from carefully planned processes but rather because of war or economic collapse. In other words, systems have been forced to react to external circumstances rather than anticipating them.

References

- Arnould, R.J., DeBrock, L.M. and Radach, H.L. (1997) The nature and consequences of provider consolidations in the US, in B. Ferguson, T. Sheldon and J. Posnett (eds) *Concentration and Choice in Healthcare*. London: Royal Society of Medicine Press.
- Aro, S., Noro, A. and Salinto, M. (1997) Deinstitutionalization of the elderly in Finland 1981–91, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 25(2): 136–43.
- Browne, T. (1643/1986) *Religio Medici*, in *The Oxford Dictionary of Quotations*, 3rd edn. Oxford: Oxford University Press.
- Busse, R. (2000) *Health Care Systems in Transition: Germany*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Christiansen, T., Enemark, U., Clausen, J. and Poulsen, P. (1999) Health care and cost containment in Denmark, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.
- Club du Vieux Manoir (1977) *Saint-Louis de la Salpêtrière*. Paris: Nouvelles Éditions Latines.
- Corden, S. (2001) Case study: Australia, in A.S. Preker and A. Harding (eds) *Innovations in Health Care Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Department of Health (2000) *Shaping the Future NHS: Long Term Planning for Hospitals*

and Related Services. London: Department of Health.

Enthoven, A.C. and Singer, S.J. (1996) Managed competition and California's health care economy, *Health Affairs (Millwood)*, 15(1): 39–57.

Enthoven, A.C. and Singer, S.J. (1998) The managed care backlash and the task force in California, *Health Affairs (Millwood)*, 17(4): 95–110.

EU News in Brief (2000) France: 24,000 fewer beds by 2004, *Official Journal of the European Association of Hospital Managers*, 2(4): 9.

Ferguson, B. and Goddard, M. (1997) The case for and against mergers, in B. Ferguson, T. Sheldon and J. Posnett (eds) *Concentration and Choice in Healthcare*. Glasgow: Royal Society of Medicine Press.

Furnholmen, C. and Magnussen, J. (2000) *Health Care Systems in Transition: Norway*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Gaal, P., Rekassy, B. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Hungary*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Gibson, D. (1998) *Aged Care: Old Policies, New Problems*. Cambridge: Cambridge University Press.

Goffman, E. (1969) The insanity of place, *Psychiatry*, 32: 357–88.

Granshaw, L. (1993) The hospital, in W.F. Bynum and R. Porter (eds) *Companion Encyclopaedia of the History of Medicine*. London: Routledge.

Hensher, M. and Edwards, N. (1999) Hospital provision, activity, and productivity in England since the 1980s, *British Medical Journal*, 319(7214): 911–14.

Hillman, K. (1999) The changing role for acute care hospitals, *Medical Journal of Australia*, 170(7): 325–9.

Kerr, E. and Siebrand, V. (2000) *Health Care Systems in Transition: Belgium*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Kulzhanov, M. and Healy, J. (1999) *Health Care Systems in Transition: Kazakhstan*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Lorenzo, S., Beech, R., Lang, T. and Santos-Eggimann, B. (1999) An experience of utilization review in Europe: sequel to a BIOMED project, *International Journal of Quality Health Care*, 11: 13–19.

McGrew, R.E. (1985) *Encyclopaedia of Medical History*. London: Macmillan.

McKee, M., Clarke, A. and Tennison, B. (1993) Meeting local needs, *British Medical Journal*, 306: 602.

Mechanic, D. and Rochefort, D.A. (1990) Deinstitutionalization: an appraisal of reform, *Annual Review of Sociology*, 16: 301–27.

Miller, T.S. (1997) *The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Minder, A., Schienholzer, H. and Amiet, M. (2000) *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Mossialos, E. and Le Grand, J. (1999) Cost containment in the EU: an overview, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.

- OECD (1999) OECD Health Data 99: A Comparative Analysis of 29 Countries. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Orosz, E. and Hollo, I. (in press) Hospitals in Hungary: the story of stalled reforms, Eurohealth.
- Porter, R. (1997) *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. London: HarperCollins.
- Restuccia, J.D. (1995) The evolution of hospital utilization review methods in the United States, *International Journal of Quality Health Care*, 7: 253–60.
- Ribbe, M.W., Ljunggren, G., Steel, K. et al. (1997) Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings, *Age and Ageing*, 26(suppl. 2): 3–12.
- Rico, A., Sabos, R., Wisbaum, W. and Jann, A. (2000) *Health Care Systems in Transition: Spain*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Robinson, R. and Dixon, A. (1999) *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Sargaldakova, A., Healy, J., Kutzin, J. and Gedik, G. (2000) *Health Care Systems in Transition: Kyrgyzstan*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Simon, N. (1986) *La Pitié-Salpêtrière*. Paris: Editions de l'Arbre a images.
- Smith, R. (1999) Editorial. Reorganizing acute hospital services: no easy answers, but there are principles we should follow, *British Medical Journal*, 319: 797–8.
- Southerne, T. (1682/1986) The Loyal Brother, in *The Oxford Dictionary of Quotations*, 3rd edn. Oxford: Oxford University Press.
- Swingedau, O. (2000) The French health care system: a report, *Official Journal of the European Association of Hospital Managers*, 2(1): 30–4.
- Taroni, F. (2000) Devolving responsibility for funding and delivering health care in Italy, *Euro Observer*, 2(1): 1–2.
- Tester, S. (1996) *Community Care for Older People: A Comparative Perspective*. Basingstoke: Macmillan.
- Trohler, U. and Prull, C.R. (1997) The rise of the modern hospital, in I. Loudon (ed.) *Western Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Turner-Crowson, J. (1993) *Re-shaping Mental Health Services: Implications for Britain of US Experience*. London: King's Fund.
- van Mosseveld, C.J.P.M. and van Son, P. (1999) *International Comparison of Health Care Data*. Dordrecht: Kluwer Academic.
- Victor, C.R., Healy, J., Thomas, A. and Seargeant, J. (2000) Older patients and delayed discharge from hospital, *Health and Community Care*, 8(6): 443–52.
- Walker, A. and Maltby, T. (1997) *Ageing Europe*. Buckingham: Open University Press.
- WHO (2001) *WHO European Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Pressures for change

*Martin McKee, Judith Healy,
Nigel Edwards and Anthony Harrison*

Introduction

The previous chapter showed how hospitals have changed throughout history. They will continue to do so, shaped by their patients, staff and technology. Diseases come and go, and the expectations of the public change. Health professionals acquire new knowledge and skills. The technology now exists to do things that were undreamed of even a decade ago. Predicting the future is an uncertain science (McKee 1995), but one can be certain that the pace of change in the twenty-first century will be faster than ever.

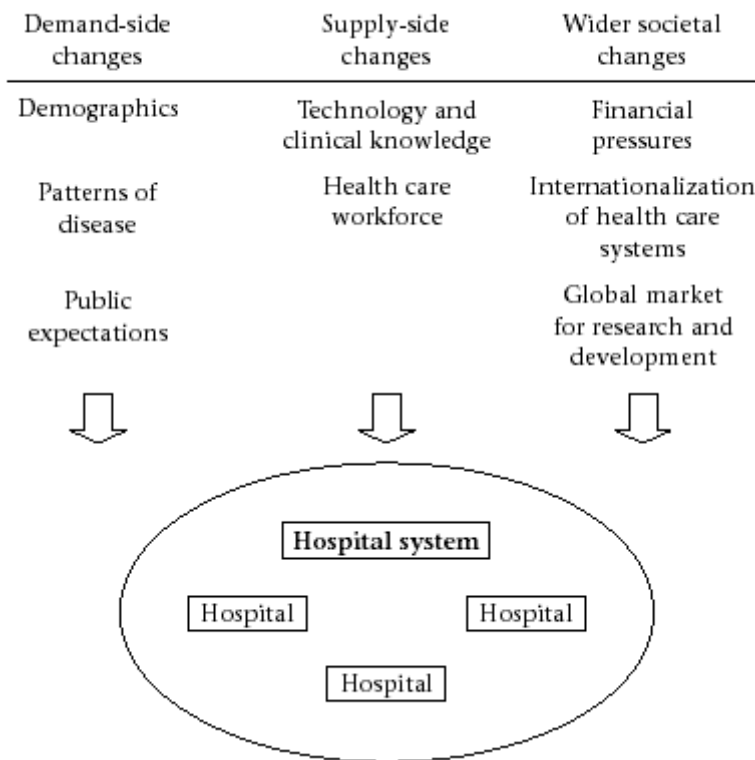
This chapter explores factors driving change in the hospital system and the extent to which their effects can be predicted. Many of these factors are, of course, interrelated. For example, an ageing population influences both patterns of disease and the composition of the health care workforce. These factors are discussed under three headings: demand- and supply-side changes and wider changes in society (Figure 3.1).

Demand-side changes

Changes in demography

The commercial sector puts enormous effort into tracking population trends, recognizing that this will influence demand for their products. For example, the pattern of global advertising changed markedly in 1992, shifting its target to younger people in response to increasing numbers of teenagers in the United States (Klein 2000). Much advertising results from a careful study of demographics, but this type of analysis is much less apparent in the health care sector. The composition of a population is determined by three factors:

Figure 3.1 Pressures for change in hospitals



births, deaths and migration. Each has implications for the health care system and, specifically, for the hospital of the future.

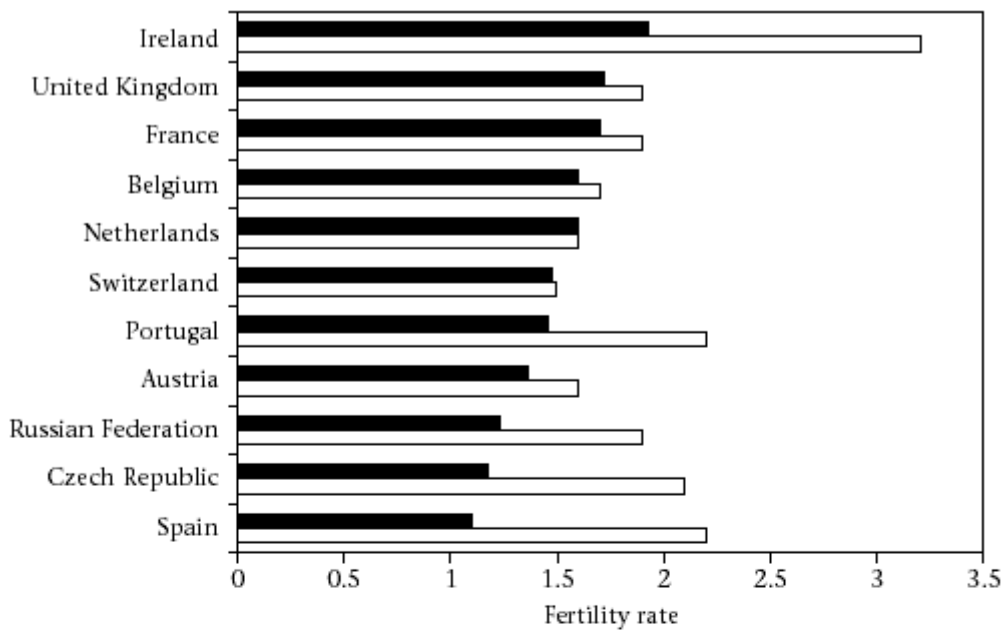
Fertility

Birth rates have been falling in most European countries (Figure 3.2), most markedly in the countries of southern and eastern Europe that traditionally had high birth rates. These changes have important implications for health services in the long term but, more immediately, they influence the demand for obstetric and paediatric services. In Ireland, for example, the pattern of provision that was appropriate in 1980, when a typical woman had more than three children, is no longer appropriate for a generation of women having less than two children.

Ageing

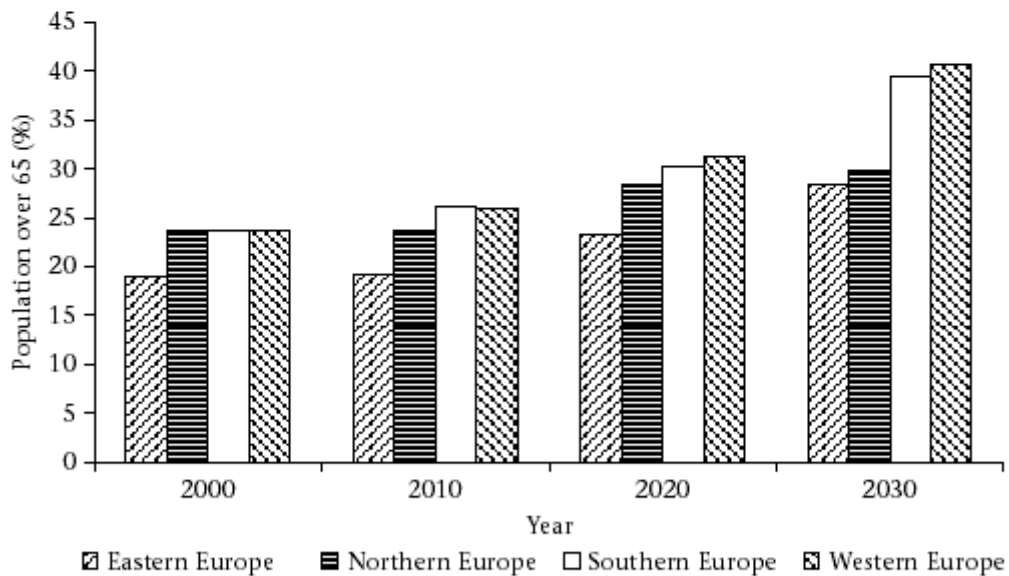
In contrast to the falling number of children, people aged 65 years and over will comprise an increasing proportion of the population in many countries in Europe (Figure 3.3). The old old population (people 80 years or older) is of particular interest, since they are the fastest growing age group, although, as with the young old, there is considerable variation among countries (United Nations Population Division 1998). It is clear, however, that Europe is experiencing both an absolute increase in older people and an increase as a proportion

Figure 3.2 Total fertility rate in selected European countries: □ 1980; ■ 1997



Source: WHO (2001)

Figure 3.3 Future projections of the percentage of the population aged over 65 in various regions of Europe



Source: United Nations Population Division (1995)

of the population. The question is whether this will mean significantly higher hospital costs.

The impact of the growth in the older population is a source of continuing concern for health policy-makers, in part because older people are the main

users of hospital services. Older patients are admitted to hospitals more often than younger patients, stay longer and typically account for about half the hospital workload measured in terms of bed-days (Harrison and Prentice 1996; Walker and Maltby 1997; Victor et al. 2000). This has given rise to a widely held view that a future ageing population will increase the demand for hospital care and thus health care costs.

This debate has become politicized, being used by certain commentators as a device to support their view that welfare states are increasingly unaffordable (Mendelson and Schwartz 1993). The reality is rather more complex, and the conclusions depend on whether one extrapolates from current data for health services utilization or examines the determinants of health system costs.

Furthermore, calculating the costs of an ageing population requires distinguishing between social and health care costs, cumulative and episodic costs, hospital and nursing home care costs, and ageing and cohort effects. First, it cannot be assumed that the general health and hospital use of elderly people in the future will be the same as today. Future elderly people may benefit from a lifetime of better nutrition and social conditions (Evandrou 1997). For example, research from the United States predicts that the levels of chronic disability among the elderly population will decline by 1.5 per cent per year as many risk factors for chronic diseases show improvements, often linked to improved education (Singer and Manton 1998). The proportion of elderly people requiring assistance with activities of daily living halved between 1976 and 1991 (Grundny 1997). A recent projection for the United Kingdom, based on changing levels of fitness in successive generations, predicted that the total burden of disease would fall by two-thirds by 2051 (Khaw 1999).

A second point is that elderly people do not incur health care costs simply by being old (Fuchs 1984). The crucial factor is not how long one lives, but how long one takes to die. Because elderly people may be treated less intensively, the health costs associated with the last year of life may actually be less in older age groups, as seen in data from the United States Medicare programme (Lubitz et al. 1995). Indeed, the most costly patients are those who die young (Scitovsky 1988).

When health and social care costs are combined, the picture looks different. For example, data from the Netherlands that included the cost of social and long-term care showed that the total cost of health and social care rose exponentially with old age (Meerding et al. 1998). A recent study from Canada, which examined the costs of acute medical care, nursing home and social care separately, also identified the importance of proximity to death for acute care costs, which did not increase with age, although nursing home and social care costs did (McGrail et al. 2000). Hospitals in many industrialized countries have already transferred the long-term care of dependent older people out of hospitals and into residential care and nursing homes (discussed in Chapter 2). Thus, much of the cost has already been shifted from the health care budget to the social care budget.

Studies of the determinants of rising health system costs suggest that ageing appears to be a minor rather than a major factor leading to increased health expenditure. Health expenditure is largely driven by supply-side factors, such as technology, or by demand-side factors, such as physician and patient

expectations, that have little to do with the age of populations (Fahey and Fitzgerald 1997; Zweifel et al. 1999).

This does not mean that the ageing of populations can be ignored. It has important implications for the type of health care that is provided. Many diseases are strongly linked to age, so, for example, an increase in the number of people aged 60 years and over will lead to more cases of cancer; on the other hand, more teenagers will lead to more accidental injuries. Many countries will have more patients with conditions such as fractured hips, strokes and Alzheimer's disease. These conditions have one feature in common: their optimal management requires coordinated multidisciplinary teamwork. This will be a major challenge in countries with a tradition of medical specialists working in isolation, and where non-medical professionals, such as nurses and social workers, play a markedly subordinate role to physicians.

Finally, hospitals of the future must take into account the specific needs of ageing populations, whether increasing provision of geriatric medicine facilities, improving access for those with impaired mobility or ensuring clearer signposting for those with impaired vision.

Migration

A third way in which populations change is migration. Many western European countries have experienced substantial migration from Africa and Asia since 1945 and, since 1990, from eastern Europe. Forced migration in the face of violence is a continuing phenomenon (Schmeidl 1997). This also involves minorities such as the Roma people of central Europe, who have been exposed to systematic discrimination in some countries (Hajioff and McKee 2000). The health needs of migrants often differ from those of the host population, for several reasons (Carballo et al. 1998). Some diseases may occur almost exclusively in migrant populations, such as sickle cell anaemia in Afro-Caribbean populations, and thalassaemia in migrants from the eastern Mediterranean. Other diseases may be more common among migrants, such as diabetes among South Asians (McKeigue et al. 1991). These chronic conditions often require specialized care, and hospitals must respond not only to medical needs but also to social needs by, for example, providing interpreting services. Those fleeing conflict, such as refugees from the Balkans in the 1990s, also have particular needs, such as for mental health services in the aftermath of trauma and torture. However, these migrants may also include health professionals who, by virtue of their linguistic ability and cultural awareness, may be able to help meet the needs of their compatriots. Finally, hospitals must ensure that they are sensitive to different cultural traditions; such responses might include dedicated prayer rooms, a choice of diets and awareness of differences in attitudes to family visiting (Mattson and Lew 1992).

Changing patterns of disease

Since the core function of the hospital is to treat illness, then it must respond appropriately as patterns of disease change. Changing patterns of diet have

contributed to evolving trends in diseases such as ischaemic heart disease, which is rising among some populations as they shift to high-fat diets and falling among others moving in the opposite direction (Tunstall-Pedoe et al. 1999). The international marketing of tobacco has led to a global epidemic of smoking-related diseases (Peto et al. 1999). Other ways in which lifestyle and environment influence health are increasingly being recognized, such as the impact of fossil fuel consumption on global warming and climate change and thus on a wide range of health outcomes, such as malaria (McMichael and Haines 1997; Martens et al. 1999).

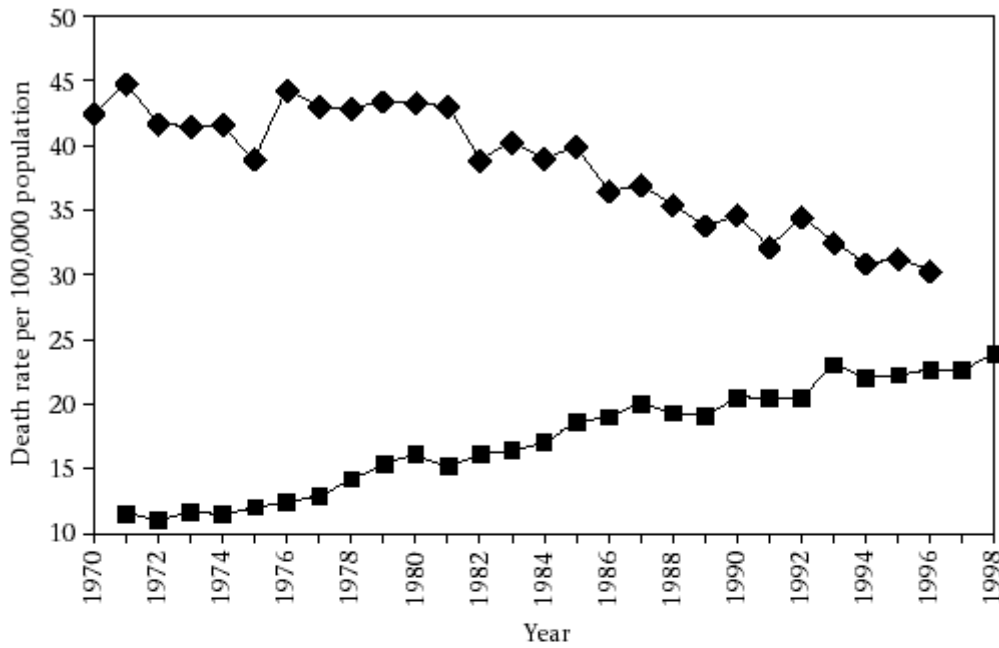
The interrelationship between humans and their microbial environment provides a rich source for changing patterns of disease. Throughout history, as humans have changed their habitation and lifestyles, new infectious diseases have emerged, in particular those transmitted from animals (Krause 1992). Examples include measles, influenza, tuberculosis, yellow fever and, more recently, Lyme disease. New diseases, especially those caused by infections, will continue to emerge; recent examples include the human immunodeficiency virus (HIV) and new variant Creutzfeldt-Jakob disease (Will et al. 1996). Although predictions can be made as to their future spread, these have wide confidence intervals and are susceptible to effective public health action, as illustrated by the wide variation in the rate of increase in cases of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in Europe (Wellings 1994).

Changing risk factors

At the risk of simplification, diseases can be considered along a spectrum defined on the basis of the length of time between causation and the appearance of disease. This may be minutes, as with many injuries, or it may be many years. For example, an increase in the rate of smoking among teenagers will take up to 40 years to appear as a rise in lung cancer (Peto et al. 1999; Shkolnikov et al. 1999). It can thus be predicted with some confidence that the future need for thoracic surgical facilities will decline in Finland but increase in Portugal (Figure 3.4).

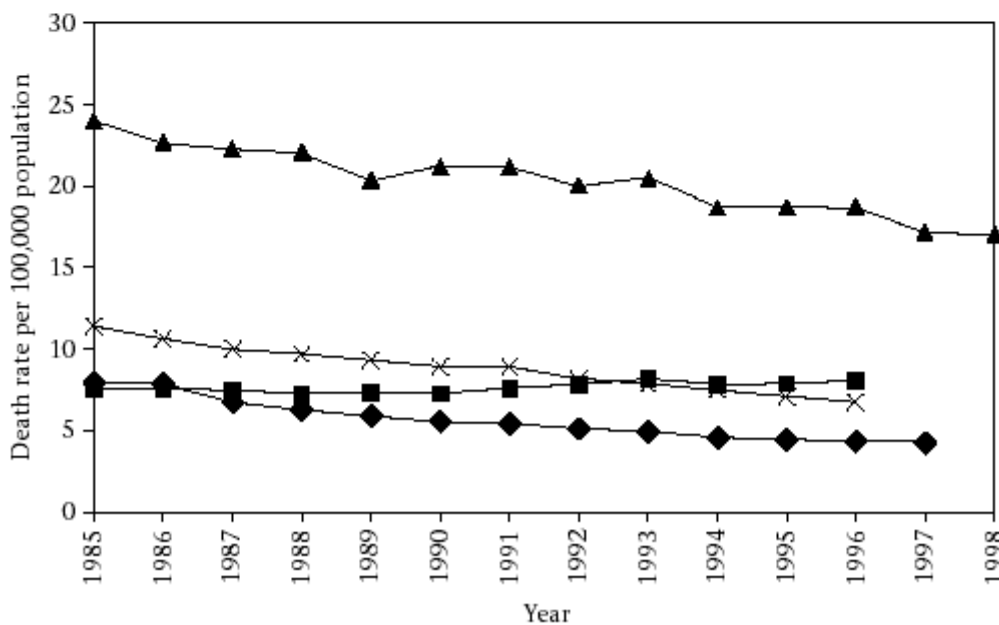
Many common diseases originate before birth or in early childhood, such as cerebrovascular disease, stomach and breast cancer. Changes during childhood, therefore, may be visible, in terms of the pattern of disease in a society, up to 60 years later (Kuh and Ben Shlomo 1997). For example, Portugal was one of the poorest countries in western Europe immediately after 1945. Thus, despite rapid economic growth since the mid-1970s, Portugal has death rates from stroke and stomach cancer in the 1990s that are far higher than other western European countries but similar to those of eastern Europe (Figure 3.5). Consequently, the optimal provision of services for rehabilitation of patients with strokes should be more closely aligned between Portugal and Poland than between the more obvious comparison of Portugal and Spain. For other causes, the lag period is much shorter, as exemplified by changes in alcohol consumption. The dramatic reduction in alcohol consumption in the USSR in the 1980s and its subsequent reversal were associated with almost immediate changes in rates of injuries and cardiovascular disease (Leon et al. 1997).

Figure 3.4 Age-standardized death rate from cancer of the lung, bronchus and trachea per 100,000 population in Finland (◆) and Portugal (■), all ages, 1970–98



Source: WHO (2001)

Figure 3.5 Age-standardized death rate from cerebrovascular disease per 100,000 population in France (◆), Poland (■), Portugal (▲) and Spain (×), all ages, 1985–98



Source: WHO (2001)

Many other causes and their corresponding diseases lie between these two

extremes. In central Europe, improvements in diet after 1990 led to a fall in cardiovascular disease in only a few years (Zatonski et al. 1998). Longstanding trends can also be modified by factors acting over shorter periods. For example, hypertension may have its origins in early life, but effective treatment can rapidly reduce the risk of cerebrovascular disease.

As this brief analysis shows, the mix of patients in a hospital will be very different two decades in the future. This has important implications for the design and configuration of hospitals.

Hospital-acquired infections

One area in which hospitals play a direct role in the changing pattern of disease is hospital-acquired (nosocomial) and, more importantly, antibiotic-resistant infection. This is an area of considerable importance to policy-makers for two reasons. First, it can directly affect the cost and viability of the hospitals; second, it is essentially avoidable. For these reasons, it is dealt with in some detail here.

By the twentieth century, for the first time in history, the risks of going into hospital were less than receiving treatment outside its walls, primarily because hospital infections were being brought under some control. The adoption of aseptic and antiseptic techniques from the late nineteenth century (Box 3.1) and the later invention of antibiotics led many to think that the battle against hospital-acquired infection had been won.

This complacency was not warranted, since rates of hospital-acquired infections are again rising. About 10 per cent of hospital patients acquire an infection (WHO 1996, 1999; Plowman et al. 1997; Ayliffe et al. 1999). Although comparative data from across Europe are limited, it is likely that rates in some countries are substantially higher. Prevalence is highest in units such as intensive care, burns, neonatal care and those treating immunosuppressed patients (Ayliffe et al. 1999). These infections are not only damaging to patients but also increase treatment costs for the hospital. Patients who acquire infections in hospital spend over twice as long in hospital (Plowman et al. 1999). The estimated annual cost to the National Health Service in England is a1.6 billion, since about 1 in 11 patients contracts an infection in hospital, with an estimated 5000 deaths per year in hospitals (National Audit Office 2000). This makes hospital-acquired infection a more common cause of deaths than road accidents, at least in the United Kingdom (Plowman et al. 1997). A study of surgical patients in Denmark found that those acquiring infections could expect to stay in hospital for an additional 5.7 days (Poulson et al. 1994). Rates of hospital-acquired infections have been rising for several reasons (Swartz 1995). First, susceptibility to infection rises with age and patients admitted to hospital are older, reflecting ageing populations as well as the increased scope for intervention in older patients who might previously have been deemed unfit for invasive treatment. Second, procedures have become more extensive, with greater use of implants and longer operation times. Third, patients on immunosuppressive treatment are now more likely to receive invasive treatments. Fourth, the risks of blood-borne viral infections such as

Box 3.1 The battle against hospital-acquired infection

Surgery at the beginning of the nineteenth century was fraught with hazards. The absence of anaesthesia limited operations to those that could be performed quickly, but the skill of the surgeon counted for little if the patient died. Up to 40 per cent of operations led to death, most often due to sepsis. One surgeon noted that those undergoing surgery were 'exposed to more chances of death than was the English soldier on the field of Waterloo'. The breakthrough came at the Vienna General Hospital in 1847, where Ignaz Semmelweis became interested in why the death rate from puerperal fever was 29 per cent in one obstetric ward but only 3 per cent in another. Patients in the ward with the higher rate were tended by medical students (who had often come from attending autopsies) and the others by midwifery students. When the students exchanged wards, the death rates followed each group. Although Semmelweis was able to reduce mortality dramatically by the simple expedient of imposing hand-washing with chlorinated water, he continued to meet resistance from doubting colleagues and, in despair, left Vienna for Budapest.

Others did, however, take up his ideas. In England, Florence Nightingale revolutionized nursing and emphasized the importance of cleanliness. Joseph Lister introduced operative techniques based on removal of all clots and necrotic tissue

and the liberal use of carbolic acid, showing a reduction in post-amputation mortality from 46 per cent in about 1866 to 15 per cent in 1870. Many surgeons remained unconvinced, denying that bacteria even existed. His ideas received support elsewhere in Europe. Carl Theirsch and Ernst von Bergmann in Germany, Thomas Billroth in Austria and Just Lucas-Championnière in France each adopted and disseminated aseptic and antiseptic practices. In the United States, William Halstead introduced rubber gloves.

As the nineteenth century drew to a close, the benefits of asepsis and antisepsis were becoming apparent to the most conservative of surgeons and, with the additional possibilities afforded by the development of anaesthesia, modern surgery finally became a realistic possibility. Sadly, even at the end of the twentieth century, some lessons from the early pioneers, such as the importance of washing hands when moving between patients, have yet to be applied systematically.

Source: Porter (1997)

hepatitis B and C and HIV are increasing. Finally, antibiotic-resistant microorganisms have grown markedly.

The last of these factors, the rise in antibiotic-resistant bacteria, is of greatest concern. Bacteria are capable of rapid evolutionary change in response to changes in their environment, most notably the presence of antibiotics. In an infected patient, some bacteria may be resistant to the antibiotic being used, either by random genetic mutation or by transfer of genetic material from other bacteria. The appropriate antibiotic may bring the infection under sufficient control to allow the body's immune system to mop up the remaining resistant bacteria. In other cases, especially where the treatment is given intermittently

or, where partial resistance exists, this may not happen. Although the bacteria susceptible to antibiotics are killed, the resistant ones multiply

rapidly so that an initially antibiotic-susceptible infection becomes resistant. Inadequate hygiene facilitates the spread to other patients. Increasing rates of antibiotic resistance are affecting many types of bacteria, but two are causing particular concern. The first is multi-resistant *Staphylococcus aureus*. *S. aureus* is common in the noses and skin of healthy people. It was initially susceptible to penicillin and other antibiotics, but new strains have evolved that are resistant to almost all antibiotics (WHO 1999). Thus, a disease that responded rapidly to a short course of penicillin some decades ago has now become effectively incurable.

The second concern is the rise in multi-resistant tuberculosis (Farmer et al. 1999). Tuberculosis is especially difficult to treat, as the bacteria lodge within cells, where they are protected from circulating antibiotics. Consequently, treatment must be prolonged or aggressive. Long-term administration of antibiotics provides ideal conditions for the emergence of resistance, so that multidrug therapy is now used to reduce that risk. In some countries, especially the countries of the former Soviet Union, a substantial proportion of cases now are resistant to some or all of the first-line antibiotics used to treat tuberculosis (Kammerling and Banatvala 2001).

A key message is that these changes are not inevitable. Rates of antibiotic resistance vary greatly within Europe (Dornbusch et al. 1998). The lowest rates are found in hospitals that have well-designed and well-implemented antibiotic-prescribing policies and regular surveillance of patterns of resistance. Although factors driving the emergence of antibiotic resistance may reflect local practices, resistance can have consequences far afield. Infectious agents do not respect borders, and even countries that have well-designed policies in place are susceptible to imported cases. For example, the emergence of multi-resistant pneumococci in Iceland in the early 1990s has been linked to the return of a single tourist from Spain (Soares et al. 1993).

Increasing rates of resistant infections in hospitals pose a major threat to the progress made by health care in the twentieth century. Their control deserves to be a much higher priority among those concerned with hospital policy.

Changing public expectations

Greater health knowledge among users and higher expectations for improved quality of service may pressure hospitals, like other service providers, to do more diagnosis and treatment and to improve how they provide care (Chappel 1995; Posnett et al. 1998). This is manifest in myriad ways. The growth of consumerism in industrialized countries means that shared facilities, with little privacy, that might have been acceptable to patients in the past are no longer so. Patients increasingly, and legitimately, demand to be seen at times that are convenient for them rather than for health professionals. Access to clinical information via the Internet means that some patients may be better informed about their diseases than their physicians (Neuberger 2000). This does not necessarily mean that patients will demand more health care, but may be more likely to reject interventions where the evidence is equivocal (Coulter et al. 1994). In some parts of Europe (as discussed in Chapter 7), the concept of patients' rights is still extremely poorly developed (Platt and McKee 2000).

Supply-side changes

Changing technology and clinical knowledge

Developments in health technology (pharmaceuticals, devices, equipment and techniques) and clinical knowledge have rapidly increased the range of available interventions, and the sections of the population, especially elderly people, to whom they are applied. There is considerable variability in the introduction of new technology (Chapter 12), but the pace of change is steadily accelerating. Hip replacements have been joined by replacement of knee, shoulder and finger joints. Transplant surgeons have added the heart, liver and pancreas to their initial success with kidneys. Surgery for peptic ulcer has been largely replaced by long-term treatment with H₂ antagonists. AIDS has been transformed in affluent countries from a rapidly progressive fatal disease to one in which increasing numbers of people keep the disease under control with complex cocktails of anti-viral therapy. Improvements in anaesthetic techniques and less invasive surgery have decreased the risks of operating on elderly patients, allowing a substantial increase in per capita intervention rates across the age spectrum. Looking ahead, the implications of these changes for the hospital are considerable but complex (Wilson 1999).

New pharmaceuticals may reduce the need for hospitalization. Some drugs now tackle risk factors for chronic diseases such as atherosclerosis and allow ambulatory medical treatment instead of surgery, as with peptic ulcers (Jensen 1986). Prolonged inpatient care is being replaced by anti-viral maintenance therapy for people with AIDS (Gebo et al. 1999) and by the directly observed treatment short course (DOTS) strategy for people with tuberculosis (WHO 1997; Maher et al. 1999). Other drugs will increase hospitalization, since they extend opportunities for treatment, as with new anti-cancer agents. These drugs can expand the number of treatable individuals, either because a previously untreatable condition becomes treatable or, as side-effects or contraindications are reduced, more patients are willing to accept treatment. The potential unleashed by the rapid pace of development of genomics is enormous, with gene therapy potentially able to make many inherited diseases treatable (Morgan and Blaese 1999) or, potentially more importantly, to tailor treatment much more closely to an individual's genetic make-up, thus enhancing effectiveness and reducing side-effects.

New vaccines hold particular promise if they manage to eliminate some infectious diseases, including HIV and hepatitis C. New vaccines will also target infectious agents that cause cancer, such as human papillomavirus (a cause of cervical cancer), as well as some cancers themselves.

Advances in surgery are likely in three main areas. Minimally invasive surgery will increasingly supplant many conventional operations. Early endovascular procedures, such as coronary angioplasty, have been joined by an array of procedures directed at many different organs. Related advances in therapeutic agents, such as targeted anti-cancer drugs or those acting on blood vessel growth, will expand the possibilities further.

Finally, radiosurgery, in which finely tuned beams of high-energy particles are directed at body tissues, is now used routinely to manage many intracerebral problems but, as with other techniques, is likely to extend to other parts of the body. Each of these developments has important implications for training, equipment and the configuration of facilities.

New equipment will be used to monitor the patient of the future more intensively, using sophisticated sensors providing information in real time. Taken with changes in the severity of patients admitted to hospitals, this may challenge the existing model, in many hospitals, of a single intensive care unit. Instead, current specialty-based wards may undertake much more intensive care than at present. Ward staff will need new skills, as tests that would previously have required a laboratory are undertaken using bedside kits. Improved imaging and laboratory testing will advance diagnosis and also change the boundaries of diseases, enabling what were previously thought of as single diseases to be differentiated, exemplified by the alphabetical progress of the hepatitis viruses (Zuckerman 1996). In some cases, this may lead to the emergence of entirely new specialties. Improved information technology means that the flow of information around the hospital will change. Although predictions for a 'paperless office' have proven ill-founded, medical records and X-rays are likely to be retained in digital form rather than hard copy. This dissemination of technology will contribute to a change in the relationship between tertiary and secondary care facilities. Treatment previously restricted to highly specialized centres, such as endoscopy and kidney dialysis, can now be undertaken by other staff, and in other locations such as freestanding ambulatory care centres. The development of telemedicine is also opening up new working methods as specialists can be consulted or can carry out diagnosis 'at a distance', and health care knowledge is available from the Internet. In contrast, some new technologies, such as linear accelerators and positron emission tomography scanners, are driving even greater concentration of some facilities. Patient care within the hospital is being managed increasingly through integrated hospital information systems that, when appropriately chosen and implemented, have facilitated the sharing of patient data and contributed to the development of better coordinated patient care (van Bommel and Musen 1997; Bakker and Leguit 1999).

Will these developments in technology dramatically increase hospital costs? The precise contribution of new technologies to rising hospital costs is arguable (Mossialos and Le Grand 1999). New technologies are not always more expensive than the ones they replace. However, even where technology is less expensive, it may lead to increased costs as other parts of the hospital are reorganized to reflect changing patterns of treatment. For example, somewhat counterintuitively, the treatment of peptic ulcers with drugs rather than surgery has increased overall hospital costs as patients undergo repeated treatments (Murphy 1998).

Some caution is also required in relation to the health benefits of new technology, which can bring threats as well as benefits. The vast growth in pharmaceutical products may have prevented millions of premature deaths, but a few have created new iatrogenic diseases.

The birth of babies with limb deformities to mothers who had taken the drug thalidomide is one obvious example. In addition, many earlier predictions of vast benefits from technological advances have not been realized. Enthusiasm for the opportunities of the future must always be accompanied by a degree of caution.

Changes in the workforce

Changing population structures affect not only the demand for care but also have implications for the pool of staff that can be recruited to a hospital (Green and Owen 1995). Although different countries face different challenges, two issues stand out. One is the ageing of populations. At a time when health care needs are increasing, the pool of potential staff is shrinking, alarmingly so in some Nordic countries (Buchan and Edwards 2000). Second, an increasingly female medical workforce wishes to combine career progression with family commitments.

Chapter 11 explores the trends affecting the hospital workforce in Europe. Decentralized management and flexible employment contracts are necessary to match staff levels more closely to health care needs, offering opportunities to retain experienced individuals who might otherwise leave the workforce because of family commitments. Conversely, this concept of 'the flexible firm' brings risks that it will be used as a means of making the workforce less stable and less skilled, with adverse consequences for clinical care. As with so many policies, much depends on how 'flexibility' is implemented.

A second issue is the increasing internationalization of the health care workforce, with some countries actively recruiting health professionals from other countries. This process is likely to be accentuated by the further expansion of the European Union (McKee et al. 1996). This clearly has many important implications both for countries that are attracting skilled staff and for those that are losing them. The former must establish ways to integrate new staff with different cultural traditions and, in some cases, levels of training. The latter face adverse effects on their health care systems from the loss of skilled people (Jinks et al. 2000).

A third issue is the scope for substitution of staff by people with different skills, which reflects an emphasis on competence rather than credentials (Armstrong 1991). Physicians perform many tasks that are better undertaken by other professionals, but change may not be easy, especially where professionals such as physicians and nurses have established a statutory right to certain tasks. Substitution should not be seen simply as an opportunity to lower costs; instead, decisions should focus on the quality of care on certain tasks. Skill mix issues within the hospital are discussed in Chapter 10.

A fourth issue is the need for hospitals to ensure that their staff can respond to the rapidly changing environment. Nurses in some European countries already must prove their continuing competence to practise if they are to remain registered. This process is now extending to physicians (revalidation). Even where such policies are not implemented, it will be necessary to ensure that staff participate in continuing professional development to keep their

skills up to date. This will have major implications for hospitals, such as the provision of learning time, creation of systems to monitor progress and dealing with those who are unwilling to participate. Revalidation is discussed further in Chapter 10.

Hospital workforce changes take place within a complex system of norms and values as well as within the rules and customs governing relations between professions and between employers and employees. European Union measures such as the Working Time Directive (Council of the European Union 1993) and various provisions of the Social Chapter of the Maastricht Treaty are improving working conditions in some countries, in some cases with profound implications for the delivery of health services, such as physicians' working hours (White 1996).

In summary, the health care workforce and the surrounding environmental pressures will continue to change. Key issues are flexibility and diversity. In the future, the health care workforce is likely to be more international, with fluid professional boundaries. Beyond this, however, prediction is difficult. The future will depend on a system in which employers retain sufficient flexibility to adapt to changing health care needs. Nevertheless, employees require some security, not least to continue with life-long learning, which is increasingly important in an ever more complex environment.

Political and societal changes

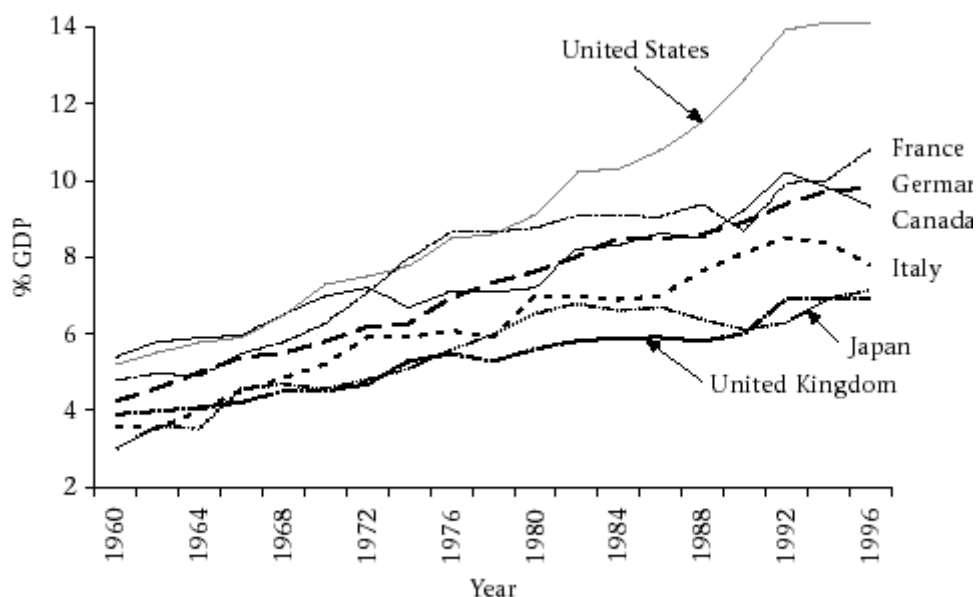
Financial pressures

The importance of hospitals in overall health care budgets makes them the obvious targets for governments trying to cap public expenditure or to slow the rate of growth. The sum of money allocated to health care is largely a political rather than an economic question, however, involving choices between competing priorities for public and private expenditure.

Hospitals typically consume more than half the overall health care budget. It is widely believed that they can be made to function more efficiently and that many patients can be treated more cost-effectively in other settings (Chapter 5). The result has been a vast array of measures aimed at controlling total spending, improving the technical efficiency of the hospital and raising the quality of the care delivered.

Upward pressure on health care expenditure has been a feature of most industrialized countries in the past four decades and has forced countries to find ways to constrain both demand and supply, with varying amounts of success (Mossialos and Le Grand 1999). Figure 3.6 shows the steady rise in health expenditure from the 1960s onwards as a percentage of gross domestic product (GDP) in the leading industrialized countries. The variation would be even greater if absolute values were shown, as wealthier countries tend to spend more per capita on health, although the relationship is less strong than is often assumed (Kanavos and Yfantopoulos 1999). It should be noted that there are substantial problems with the definitions involved in these comparisons (Torgerson et al. 1998), but some broad trends are apparent.

Figure 3.6 Total expenditure on health as a percentage of gross domestic product for the Group of Seven (G7) leading industrial countries, 1960–96



Source: OECD (1998)

Among advanced industrialized countries, the United States is the outlier, with expenditure rising steeply from the 1980s and reaching 14.1 per cent of GDP in 1996. This has clear implications for any attempt to compare experiences in the United States with those in Europe. Expenditure in the United States has slowed since then, attributed by some to the constraints imposed by the growth of 'managed care' (Enthoven and Singer 1996; Vincenzino 1998).

Among the other Group of Seven (G7) leading industrial countries in 1996, the United Kingdom spent the least, at 6.9 per cent of GDP, while France and Germany each spent around 10 per cent.

In the European Union, health care expenditure has risen steadily from just above 5 per cent of GDP on average in 1970 to over 8 per cent by 1993 (Barros 1998). The issue of health care funding is covered in another book in this series (Mossialos et al. 2002). It is enough to note here that countries with a tax-based health financing system have contained costs more successfully since 1994 than countries with an insurance-based system (Comas-Herrera 1999).

Expenditure in central and eastern European countries rose from a trough in the late 1980s to about 5 per cent of GDP in the 1990s; in the countries of the former Soviet Union, it is only around 3 per cent of GDP (WHO 2001). It must be noted, however, that GDP has dropped calamitously in many of these countries.

Hospitals in eastern Europe consume about three-quarters of identifiable health expenditure (as noted in Chapter 2), a figure underlying the strong pressure to transfer some of this shrinking health budget from hospitals to primary care. Long-term economic growth, combined with greater efficiency in collecting funds for health care, may eventually make additional resources available, but this cannot be depended on in the medium term. Simply because

they are a major element in the overall health care budget, hospitals are subject to changing political decisions about the size of that budget, yet another factor to be taken into account by the health policy-maker.

Internationalization of health systems

Health services exist in an increasingly global environment (Frenk et al. 1997; Lee 1999). International aspects of health services include movement of patients and of providers, provision of services by organizations based in one country to patients in another one and establishment of facilities in foreign countries (Frenk and Gomez-Dantes 1995). The scale and nature of these phenomena vary greatly, influenced by such factors as tradition and language, and increasingly by economic pressures from regional trade blocs such as the European Union, the North American Free Trade Agreement and Mercosur (the Common Market of the South, including Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay). In an increasingly profit-driven health sector culture, United States corporations are expanding actively overseas (Gomez-Dantes and Frenk 1995). Europe has been subject to fewer external market forces, since health care is based primarily on the concept of solidarity and private health organizations are largely not-for-profit. Health care per se is, formally, outside the scope of the European Commission but, in reality, is subject to many elements of European law (McKee et al. 1996). Health care is influenced by principles relating to the 'four freedoms' set out in the 1957 Treaty of Rome: the freedom of movement of goods, services, people and capital. In Europe, health care provided by government or under government control is, in general, not regarded as a 'service' and thus not subject to competition law. Although a detailed analysis of the impact of European law on health services is beyond the scope of this book, its importance for health policy-makers should be emphasized. One example is a recent ruling on whether individuals can be reimbursed for health care provided in another country (Kanavos et al. 1999). More often, however, the policies developed in relation to the internal market, and thus often not discussed by health ministers, have the most impact. An example is the transfer of ancillary staff to private contractors in hospitals in the United Kingdom; this became much less attractive to employers when it became clear that the workers' conditions of service would be protected. The extension of the European Union Working Time Directive (Council of the European Union 1993) to junior physicians will also have major implications for hospital costs (White 1996) and, potentially, for hospital configurations, as it may become impossible to provide 24-hour cover for some specialties in small hospitals.

Cross-national health care organizations (apart from pharmaceutical and insurance companies) have not so far emerged as significant players within the European Union. For-profit health care corporations, predominantly based in the United States, have not penetrated European health care systems. These organizations are exerting pressure on the World Trade Organization to gain more favourable treatment but are opposed by European countries that are concerned about the potential for destabilizing their health care systems.

they are a major element in the overall health care budget, hospitals are subject to changing political decisions about the size of that budget, yet another factor to be taken into account by the health policy-maker.

Internationalization of health systems

Health services exist in an increasingly global environment (Frenk et al. 1997; Lee 1999). International aspects of health services include movement of patients and of providers, provision of services by organizations based in one country to patients in another one and establishment of facilities in foreign countries (Frenk and Gomez-Dantes 1995). The scale and nature of these phenomena vary greatly, influenced by such factors as tradition and language, and increasingly by economic pressures from regional trade blocs such as the European Union, the North American Free Trade Agreement and Mercosur (the Common Market of the South, including Argentina, Brazil, Paraguay and Uruguay). In an increasingly profit-driven health sector culture, United States corporations are expanding actively overseas (Gomez-Dantes and Frenk 1995). Europe has been subject to fewer external market forces, since health care is based primarily on the concept of solidarity and private health organizations are largely not-for-profit. Health care per se is, formally, outside the scope of the European Commission but, in reality, is subject to many elements of European law (McKee et al. 1996). Health care is influenced by principles relating to the 'four freedoms' set out in the 1957 Treaty of Rome: the freedom of movement of goods, services, people and capital. In Europe, health care provided by government or under government control is, in general, not regarded as a 'service' and thus not subject to competition law. Although a detailed analysis of the impact of European law on health services is beyond the scope of this book, its importance for health policy-makers should be emphasized. One example is a recent ruling on whether individuals can be reimbursed for health care provided in another country (Kanavos et al. 1999). More often, however, the policies developed in relation to the internal market, and thus often not discussed by health ministers, have the most impact. An example is the transfer of ancillary staff to private contractors in hospitals in the United Kingdom; this became much less attractive to employers when it became clear that the workers' conditions of service would be protected. The extension of the European Union Working Time Directive (Council of the European Union 1993) to junior physicians will also have major implications for hospital costs (White 1996) and, potentially, for hospital configurations, as it may become impossible to provide 24-hour cover for some specialties in small hospitals.

Cross-national health care organizations (apart from pharmaceutical and insurance companies) have not so far emerged as significant players within the European Union. For-profit health care corporations, predominantly based in the United States, have not penetrated European health care systems. These organizations are exerting pressure on the World Trade Organization to gain more favourable treatment but are opposed by European countries that are concerned about the potential for destabilizing their health care systems.

Some recent trends seem destined to continue, at least in industrialized countries. These include further compression of length of stay, renewed efforts to manage quality of care and greater use of options such as ambulatory care, day-only hospitalization and home care (Braithwaite 1997; Komesaroff et al. 1997). Further changes in hospital practice are difficult to predict, however, except that the pace of change will continue. One vision of a future hospital (at least in the immediate future) is as follows:

The acute-care hospital will, in the future, care mainly for the sick who have a chance of recovering. Increasingly, in-hospital patients will have more complex problems and a greater number of co-morbidities. Specialised units caring for the seriously ill are increasing. Emergency departments are increasingly managing the seriously ill rather than offering primary healthcare; operating suites are performing more complex procedures for in-hospital patients. As a result, far more intensive-care and high-dependency beds are required, while the total number of acute-care hospital beds is decreasing as the more ambulant and less sick are managed elsewhere. (Hillman 1999: 326)

A key message of this chapter is the centrality of uncertainty in hospital planning, involving unintended consequences from even the best-laid plans. This creates a major challenge, since hospitals are large relatively fixed assets, built for the long term. The lead-time between drawing up the plans, obtaining the funds and completing the building can be many years. By the time the opening plaque is unveiled, the hospital might already be obsolete.

As this chapter has shown, some factors can be predicted with reasonable certainty, some can be considered as probable, but some will emerge quite unexpectedly. The challenge is to take into account those that can be predicted while allowing for the unexpected. These unpredictable areas and unforeseen consequences mean that there must be sufficient flexibility to accommodate a wide range of possible scenarios.

Future trends in population and disease are probably the most amenable to forecasting. Demographic projection methods are well established and can be used to predict both demand for care and supply of staff. Techniques such as age-period-cohort models can be used to predict, with caution, future trends in many diseases (Robertson and Boyle 1998). Such studies demonstrate that rates of ischaemic heart disease will continue to fall in many northern European countries and that rates of lung cancer among women will increase in southern Europe, with corresponding implications for health services.

Predictions of the impact of technological change or of the impact of the international economic and political environment on hospitals are more hazardous, although some trends can be foreseen. Translating these issues into

a model of what a hospital might look like is, however, beset by complexity and surrounded by areas of uncertainty. This was exemplified in a model developed for the Paris University Hospital (Jolly and Gerbaud 1992).

The future is likely to lie in methods that bring together quantitative models of what can be predicted with consensus judgement about what is more uncertain (Garrett 1999). The number of examples in which these methods are being used to explore systematically potential future scenarios is growing (Box 3.2).

Box 3.2 Forecasting programmes in western Europe

The Netherlands

The Dutch Steering Committee on Future Health Scenarios established in 1984 brought together politicians, civil servants, academics and the private sector. The projects used techniques such as literature reviews, Delphi exercises and simulation to explore specific themes, which were then subjected to wide consultation. As well as detailed reports on specific topics, such as health technology and management of particular diseases, this Committee made major methodological contributions to forecasting techniques.

United Kingdom

The United Kingdom Foresight programme seeks visions of the future, looking at possible future needs and threats, and deciding what should be done now to ensure that society is ready for these challenges. It does so by building bridges between business, science and government and by bringing together the knowledge and expertise of many people. The programme was launched in 1994 following a major review of government science, engineering and technology policy. The first set of visions and recommendations for action were published in 1995, followed by 4 years of development and implementation. Work is presently underway on a new round of health care forecasting, looking at such areas as: delivering the promise of the human genome; pharmaceuticals; biotechnology and medical devices; transplantation; organization and delivery of health care; public and patients; older people; information; neuropsychiatry; and international influences on health and health care.

Sources: Schreuder (1995) and United Kingdom Foresight programme, <http://www.foresight.gov.uk> (accessed 21 January 2001)

References

- Armstrong, M. (1991) *A Handbook of Personnel Management*. London: Kogan Page.
- Ayliffe, G.A.J., Babb, J.R. and Taylor, L.J. (1999) *Hospital-acquired Infection: Principles and Prevention*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Bakker, A. and Leguit, F. (1999) Evolution of an integrated HIS in the Netherlands, *International Journal of Medical Informatics*, 54: 209–24.
- Barros, P.P. (1998) The black box of health care expenditure growth determinants, *Health Economics*, 7(6): 533–44.
- Braithwaite, J. (1997) The 21st-century hospital, *Medical Journal of Australia*, 166: 6.
- Buchan, J. and Edwards, N. (2000) Nursing numbers in Britain: the argument for workforce planning, *British Medical Journal*, 320: 1067–70.
- Carballo, M., Divino, J.J. and Zeric, D. (1998) Migration and health in the European

Union, *Tropical Medicine and International Health*, 3(12): 936–44.

Chappel, A.G. (1995) Patients have rising expectations, *British Medical Journal*, 310: 867–8.

Comas-Herrera, A. (1999) Is there convergence in the health expenditures of the EU Member States?, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.

Council of the European Union (1993) Council Directive 93/104/EC of 23 November 1993 concerning certain aspects of the organization of working time, *Official Journal of the European Communities*, L307(13/12/1993): 18–24.

Coulter, A., Peto, V. and Doll, H. (1994) Patients' preferences and general practitioners' decisions in the treatment of menstrual disorders, *Family Practice*, 11: 67–74.

Dornbusch, K., King, A. and Legakis, N. (1998) Incidence of antibiotic resistance in blood and urine isolates from hospitalized patients. Report from a European collaborative study. European Study Group on Antibiotic Resistance (ESGAR), *Scandinavian Journal of Infectious Diseases*, 30: 281–8.

Enthoven, A.C. and Singer, S.J. (1996) Managed competition and California's health care economy, *Health Affairs (Millwood)*, 15(1): 39–57.

Evandrou, M. (1997) *Baby Boomers: Ageing in the 21st Century*. London: Age Concern England.

Fahey, T. and Fitzgerald, J. (1997) *Welfare Implications of Demographic Trends*. Dublin: Oak Tree Press in association with Combat Poverty Agency.

Farmer, P.E., Reichman, L.B. and Iseman, M.D. (1999) *The Global Impact of Drug Resistant Tuberculosis*. Boston, MA: Harvard Medical School/Open Society Institute.

Frenk, K. and Gomez-Dantes, O. (1995) Global integration and health, in P. Freeman, O. Gomez-Dantes and J. Frenk (eds) *Health Systems in an Era of Globalization: Challenges and Opportunities for North America*. Mexico City: Institute of Medicine (USA)/National Academy of Medicine (Mexico).

Frenk, J., Sepulveda, J., Gomez-Dantes, O., McGuinness, M.J. and Knaul, F. (1997) The future of world health: the new world order and international health, *British Medical Journal*, 314: 1404.

Fuchs, V.R. (1984) Though much is taken: reflections on aging, health, and medical care, *Millbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 62: 143–66.

Garrett, M.J. (1999) *Health Futures: A Handbook for Health Professionals*. Geneva: World Health Organization.

Gebo, K.A., Chaisson, R.E., Folkemer, J.G., Bartlett, J.G. and Moore, R.D. (1999) Costs of HIV medical care in the era of highly active antiretroviral therapy, *AIDS*, 13(8): 963–9.

Gomez-Dantes, O. and Frenk, J. (1995) NAFTA and health services: initial data, in P. Freeman, O. Gomez-Dantes and J. Frenk (eds) *Health Systems in an Era of Globalization: Challenges and Opportunities for North America*. Mexico City: Institute of Medicine (USA)/National

Academy of Medicine (Mexico).

Green, A. and Owen, D. (1995) The labour market aspects of population change in the 1990s, in R. Hall and P. White (eds) *Europe's Population: Towards the Next Century*. London: UCL Press.

Grundy, E. (1997) The health and health care of older adults in England and Wales 1841–1994, in J. Charlton and M. Murphy (eds) *The Health of Adult Britain 1841–1994*. London: The Stationery Of.ce.

Hajioff, S. and McKee, M. (2000) The health of the Roma people: a review of the published literature, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(11): 864–9.

Harrison, A. and Prentice, S. (1996) *Acute Futures*. London: King's Fund.

Hillman, K. (1999) The changing role for acute care hospitals, *Medical Journal of Australia*, 170(7): 325–9.

Jensen, D.M. (1986) Economic and health aspects of peptic ulcer disease and H2-receptor antagonists, *American Journal of Medicine*, 81: 42–8.

Jinks, C., Ong, B.N. and Paton, C. (2000) Mobile medics? The mobility of doctors in the European Economic Area, *Health Policy 2000*, 54: 45–64.

Jolly, D. and Gerbaud, L. (1992) *The Hospital of Tomorrow: Current Concerns*, SHS Paper No. 5, Division of Strengthening Health Services. Geneva: World Health Organization.

Kammerling, M. and Banatvala, N. (2001) Tuberculosis hospitals in the Russian Federation, in M. McKee and J. Healy (eds) *Implementing Hospital Reforms in Eastern Europe*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Kanavos, P. and Yfantopoulos, J. (1999) Cost containment and health expenditure in the EU: a macroeconomic perspective, in E. Mossialos and J. Le Grand (eds) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.

Kanavos, P.G., McKee, M. and Richards, T. (1999) Cross border health care in Europe: European court rulings have made governments worried, *British Medical Journal*, 318: 1157–8.

Khaw, K.T. (1999) How many, how old, how soon?, *British Medical Journal*, 319: 1350–2.

Klein, N. (2000) *No Logo*. London: Flamingo.

Komesaroff, P.A., Clunie, G.J. and Duckett, S.J. (1997) What is the future of the hospital system?, *Medical Journal of Australia*, 166: 17–23.

Krause, R.M. (1992) The origin of plagues: old and new, *Science*, 257: 1073–8.

Kuh, D. and Ben Shlomo, Y. (1997) *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Tracing the Origins of Ill-health from Early to Adult Life. Oxford: Oxford University Press.

Lee, K. (1999) Globalisation and the need for a strong public health response, *European Journal of Public Health*, 9: 249–50.

Leon, D., Chenet, L., Shkolnikov, V.M. et al. (1997) Huge variation in Russian mortality rates 1984–1994: artefact, alcohol, or what?, *Lancet*, 350: 383–8.

Lubitz, J., Beebe, J. and Baker, C. (1995) Longevity and medical care expenditures, *New England Journal of Medicine*, 332: 999–1003.

Maher, D., van-Gorkom, J.L., Gondrie, P.C. and Raviglione, M. (1999) Community contribution to tuberculosis care in countries with high tuberculosis prevalence: past, present and future, *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3: 762–8.

Martens, W., Kovats, R., Nijhof, S. et al. (1999) Climate change and future populations at risk of malaria, *Global Environmental Change*, 9: S89–S107.

Mattson, S. and Lew, L. (1992) Culturally sensitive prenatal care for Southeast Asians, *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 21(1): 48–54.

McGrail, K., Green, B., Barer, M.L. et al. (2000) Age, costs of acute and long-term care and proximity to death: evidence for 1987/88 and 1994/95 in British Columbia, *Age and Ageing*, 29: 249–53.

McKee, M. (1995) 2020 vision, *Journal of Public Health Medicine*, 17: 127–31.

McKee, M. and Mossialos, E. (1998) The impact of managed care on clinical research, *Pharmacoeconomics*, 14: 19–25.

McKee, M. and Mossialos, E. (2000) Seattle and the World Trade Organization: potential implications for the NHS, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 93: 109–10.

McKee, M., Mossialos, E. and Belcher, P. (1996) The impact of European Union law on national health policy, *Journal of European Social Policy*, 6: 263–86.

McKeigue, P.M., Shah, B. and Marmot, M.G. (1991) Relation of central obesity and insulin resistance with high diabetes prevalence and cardiovascular risk in South Asians, *Lancet*, 337(8738): 382–6.

McMichael, A. and Haines, A. (1997) Climate change and potential impacts on human health, *British Medical Journal*, 315: 805–9.

Meerding, W.J., Bonneaux, L., Polder, J. et al. (1998) Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in Netherlands: cost of illness study, *British Medical Journal*, 317: 111–15.

Mendelson, D.N. and Schwartz, W.B. (1993) Effects of aging and population growth on health care costs, *Health Affairs (Millwood)*, 12: 119–25.

Meyer, M., Genel, M., Altman, R.D., Williams, M.A. and Allen, J.R. (1998) Clinical research: assessing the future in a changing environment. Summary report of conference sponsored by the American Medical Association Council on Scientific Affairs, Washington, DC, March 1996, *American Journal of Medicine*, 104: 264–71.

Morgan, R.A. and Blaese, M.R. (1999) Gene therapy: lessons learnt from the past decade, *British Medical Journal*, 319: 1310.

Mossialos, E. and Le Grand, J. (eds) (1999) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot: Ashgate.

Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J.E. and Kutzin, J. (2002) *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.

Murphy, S. (1998) Does new technology increase or decrease health care costs? The treatment of peptic ulceration, *Journal of Health Services Research and Policy*, 3: 215–18.

National Audit Office (2000) *The Management and Control of Hospital Acquired Infection in*

Acute NHS Trusts in England. London: The Stationery Of.ce.

Neuberger, J. (2000) The educated patient: new challenges for the medical profession, *Journal of Internal Medicine*, 247: 6–10.

OECD (1998) *OECD Health Data 98: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Peto, R., Chen, Z.M. and Boreham, J. (1999) Tobacco – the growing epidemic, *Nature Medicine*, 5: 15–17.

Platt, L. and McKee, M. (2000) Observations on the management of sexually transmitted diseases in the Russian Federation: a challenge of confidentiality, *International Journal of STD and AIDS*, 11: 563–7.

Plowman, R.M., Graves, N. and Roberts, J.A. (1997) *Hospital Acquired Infection*. London: Of.ce of Health Economics.

Plowman, R., Graves, N., Griggin, M. et al. (1999) *The Socioeconomic Burden of Hospital Acquired Infection*. London: Central Public Health Laboratory.

Porter, R. (1997) *The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present*. London: HarperCollins.

Posnett, J., Baghurst, A. and Place, M. (1998) *The Rise in Emergency Admission Project: Final Report*. York: University of York, Coventry Business School, Plymouth University.

Poulson, K.B., Bremmelgaard, A., Sørensen, A.I. and Raahave, J.V. (1994) Estimated costs of postoperative wound infections: A case-control study of marginal hospital and social security costs, *Epidemiological Infection*, 113(2): 283–95.

Price, D., Pollock, A.M. and Shaoul, J. (1999) How the World Trade Organization is shaping domestic policies in health care, *Lancet*, 354: 1889–92.

Robertson, C. and Boyle, P. (1998) Age-period-cohort analysis of chronic disease rates. I: Modelling approach, *Statistics in Medicine*, 17: 1305–23.

Schmeidl, S. (1997) Exploring the causes of forced migration: a pooled time-series analysis, 1971–1990, *Social Science Quarterly*, 78: 284–308.

Schreuder, R. (1995) Health scenarios and policy-making: lessons from the Netherlands, *Futures*, 27: 959–66.

Scitovsky, A.A. (1988) Medical care in the last twelve months of life: the relation between age, functional status, and medical care expenditures, *Millbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 66: 640–60.

Shkolnikov, V., McKee, M., Leon, D. and Chenet, L. (1999) Why is the death rate from lung cancer falling in the Russian Federation?, *European Journal of Epidemiology*, 15: 203–6.

Singer, B.H. and Manton, K.G. (1998) The effects of health changes on projections of health service needs for the elderly population of the United States, *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95(26): 15618–22.

Soares, S., Kristinsson, K.G., Musser, J.M. and Tomasz, A. (1993) Evidence for the introduction of a multiresistant clone of serotype 6B *Streptococcus pneumoniae* from Spain to Iceland in the late 1980s, *Journal of Infectious Diseases*, 168: 158–63.

Swartz, M.N. (1995) *Hospital-acquired infections: diseases with increasingly limited therapies*,

in B. Roizman (ed.) *Infectious Diseases in an Age of Change: The Impact of Human Ecology and Behaviour on Disease Transmission*. Washington, DC: National Academy Press.

Torgerson, D.J., Maynard, A.K. and Gosden, T. (1998) International comparisons of health-care expenditure: a dismal science?, *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 91: 69–70.

Tunstall-Pedoe, H., Kuulasmaa, K., Mahonen, M. et al. (1999) Contribution of trends in survival and coronary event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10 year results from 27 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease, *Lancet*, 353: 1547–57.

United Nations Population Division (1995) *World Population Prospects: The 1994 Revision*. New York: United Nations.

United Nations Population Division (1998) *World Population Prospects: The 1998 Revision*. New York: United Nations.

Van Bommel, J. and Musen, M.E. (1997) *Handbook of Medical Informatics*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Victor, C.R., Healy, J., Thomas, A. and Seargeant, J. (2000) Older patients and delayed discharge from hospital, *Health and Community Care*, 8(6): 443–52.

Vincenzino, J.V. (1998) Trends in medical care costs – evolving market forces, *Statistical Bulletin of the Metropolitan Insurance Company*, 79: 8–15.

Walker, A. and Maltby, T. (1997) *Ageing Europe*. Buckingham: Open University Press.

Wellings, K. (1994) Assessing AIDS/HIV prevention: what do we know in Europe? *General population, Sozial- und Präventivmedizin*, 39: S14–S46.

White, C. (1996) Britain fails to stop 48 hour week limit, *British Medical Journal*, 313: 1283.

Will, R.G., Ironside, J.W., Zeidler, M. et al. (1996) A new variant of Creutzfeldt-Jakob disease in the UK, *Lancet*, 347: 921–5.

Wilson, C.B. (1999) The impact of medical technologies on the future of hospitals, *British Medical Journal*, 319: 1287.

WHO (1996) Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), *Weekly Epidemiological Record*, 71(10): 73–80.

WHO (1997) *Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes*, document WHO/TB/97.220. Geneva: World Health Organization.

WHO (1999) *Removing Obstacles to Healthy Development*, document WHO/CDS/99.1. Geneva: World Health Organization.

WHO (2001) *WHO European Health for All Database*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Zatonski, W.A., McMichael, A.J. and Powles, J.W. (1998) Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991, *British Medical Journal*, 316: 1047–51.

Zuckerman, A.J. (1996) Alphabet of hepatitis viruses, *Lancet*, 347: 558–9.

Zweifel, P., Felder, S. and Meiers, M. (1999) Ageing of population and health care expenditure: a red herring?, *Health Economics*, 8(6): 485–96.