

***Révision générale des
politiques publiques (RGPP):
les enjeux du projet de loi
HPST pour les secteurs
sanitaire et médico-social***

Uriopss Rhône-Alpes

Eric Raouf conseiller technique

Réforme des missions et l'organisation de l'État engagée depuis juillet 2007 à travers la RGPP.

objectif: générer une économie de 7 milliards d'euros à l'horizon 2012.

Au niveau national

Réorganisation des grandes directions des Ministères sociaux autour de 4 pôles:

- cohésion sociale;**
- santé;**
- emploi;**
- protection sociale.**

Au niveau régional

La région, devient un lieu de pilotage stratégique des politiques publiques.

Le renforcement du pouvoir des Préfets de région.

8 directions régionales dont l'ARS.

Trois axes forts de la RGPP :

- la création des ARS;
- les CPOM obligatoires ;
- la coopération et la coordination
(GCSMS)

1. La création des ARS

Depuis 15 ans plusieurs rapports préconisent la création des ARS:

1993: rapport du commissariat au plan (santé 2010).

2000: rapport d'un groupe de travail de la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale préconisait la transformation des ARH en ARS.

Plusieurs lois prévoyait également la possibilité:

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades crée les conseils régionaux de santé, étape intermédiaire avant la création des ARS.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoyait la possibilité d'expérimentation des ARS.

Depuis 2007 le projet s'accélère:

Mai 2007 : le nouveau chef de l'État se prononce pour la création des ARS.

Août 2007: Philippe RITTER est chargé d'une mission sur les ARS en parallèle avec RGPP.

Octobre 2007: mission parlementaire conduite par Yves BUR.

Avril 2008: le projet de réforme présenté comme un sous produit de la RGPP.

Les rapports récents se prononcent tous en faveur de la création des ARS:

Janvier 2008 : rapport RITTER sur les ARS.

Janvier 2008 : rapport ATTALI sur la libération de la croissance.

Février 2008 : rapport BUR sur les ARS.

Avril 2008: rapport LARCHER sur l'hôpital.

Avril 2008: rapport FLAJOLET sur les inégalités de santé.

Le projet de loi hôpital – patient – santé-territoire du 8 septembre 2008 prévoit la création des ARS en 2009 pour un fonctionnement en 2010.

Il a été présenté au conseil des ministres le 22 octobre dernier et sera débattu devant le parlement courant février.

Les raisons avancées en faveur de la création des ARS

1. Unifier le pilotage territoriale de santé éclaté aujourd'hui entre:

- les ARH (hospitalier);
- les DDASS, DRASS, Préfets (prévention, éducation à la santé, veille et sécurité sanitaire);
- les URCAM (médecine de ville).

2. Améliorer l'efficacité du système de santé par une meilleure organisation territoriale en améliorant la fluidité du parcours des patients.

3. En améliorer l'efficience par une meilleure maîtrise des dépenses et une recomposition de l'offre hospitalière au profit du médico-social.

Le périmètre

Un périmètre large préconisé par les rapports RITTER et BUR:

- le secteur hospitalier;**
- la médecine de ville;**
- la santé publique**
- le secteur médico-social financé par l'assurance maladie et les ESAT (par un arbitrage rendu par le gouvernement début septembre).**

Les compétences

Rapport RITTER:

une compétence qui cumule :

- mission d'organisation de l'offre de soins;**
- mission de régulation des dépenses de santé.**

Rapport BUR :

La mission ne parvient pas à dégager un consensus.

2 scénarios:

- cumul des deux missions au sein de l'ARS;**
- répartition entre assurance maladie pour la régulation des dépenses et l'ARS pour l'organisation des soins.**

Yves BUR se prononce personnellement pour le 2^{ème} scénario pour éviter l'étatisation de l'assurance maladie

Proposition RITTER retenue par le projet de loi hôpital - patient- santé - territoire du 8 septembre 2008 :

- organisation de l'offre de soins**
- régulation des dépenses**

Mission :

définir et mettre en œuvre la politique régionale de santé pour répondre aux besoins de santé de la population et organiser le gestion efficiente du système de santé

La gouvernance

Le choix est fait en faveur d'un établissement public:

- un Directeur général nommé en conseil des ministres pour 4 ans ;**
- un Conseil de surveillance aux pouvoirs forts**

- **Un instance consultative constituée à partir de la Conférence Régionale de Santé recomposée dans la quelle professionnels et gestionnaires seraient représentés.**

Création des pôles de compétences :

- Pôles sectoriels (soins hospitaliers, soins ambulatoires, santé publique et sécurité sanitaire, médico-social);**
- pôle transversal (étude, inspection, qualité...)**

Les conséquences

Les ARS remplaceraient :

- ARH;
- URCAM;
- GRSP;
- MRS
- DDASS et DRASS(la partie santé et médico-social financé par l'assurance maladie ainsi que le secteur concernant les ESAT).

Au niveau national la création du conseil stratégique de la santé

Le paysage institutionnel local est fortement redessiné

La position de l'UNIOPSS

- **Une agence régionale de santé et non de soins**
- **Une gouvernance associant les acteurs et les usagers**
- **Un meilleur pilotage régional suppose un meilleur pilotage national**
- **Une régulation du secteur médico-social qui doit garder ses spécificités**
- **Une garantie des enveloppes pour les secteurs médico-social et santé publique**
- **Une articulation avec les champs non couverts par l'agence**

L'impact sur le régime des autorisations

L'instauration d'une procédure d'appel à projet .

La suppression des CROSMS et leur remplacement par une commission de sélection consultative des appels à projet.

L'impact sur le processus de planification des établissements et services

- schéma régional pour les CHRS, les SAMUS sociaux, les CADA, les services de tutelle, arrêté par le préfet de région.
- schéma régional pour les structures financées par l'assurance maladie et les ESAT, arrêté par le Directeur de l'ARS.
- schéma départemental pour les établissements ASE, personnes âgées et handicapées arrêté par le CG.

Schéma national pour les handicaps rares arrêté par le Ministre.

Création d'un plan régional de santé avec une déclinaison en schémas sectoriels

(volet hospitalier, soins de ville, prévention et sécurité sanitaire)

arrêté par le Directeur de l'ARS.

2. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Contexte

Un contexte de restructuration du secteur avec une pression forte sur les dépenses publiques poussant à la concentration, au développement de la pluri annualité et de la contractualisation.

L'obligation de signature d'un CPOM pour les structures dépassant des seuils en taille et en produits de tarification .

Cadre légal, article L313-11 du CASF

Des contrats pluriannuels peuvent être conclus afin de permettre notamment :

- la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent**
- la mise en œuvre du projet d'établissement ou de service**
- la coordination des actions sociales et médico-sociales**

Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans (Ordonnance de simplification du 1^{er} décembre 2005) notamment dans le cadre de la tarification. Dans ce cas, les tarifs annuels ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle ...

Ces contrats peuvent concerner plusieurs établissements et services

Dotations globalisées

(décret budgétaire modificatif du 7 avril 2006)

Dans le cadre des CPOM la fixation pluriannuelle du montant global des dépenses nettes autorisées peut être commune à plusieurs établissements et services, gérés par la même personne morale et relevant de la même autorité de tarification et des mêmes financements

Ce budget pluriannuel peut prendre la forme d'une dotation globalisée pour ces établissements et services.

Les enjeux pour les pouvoirs publics

Améliorer la qualité des réponses apportées à l'utilisateur.

Optimiser la gestion des moyens financiers accordés aux établissements.

Favoriser des redéploiements d'activités en interne tout en conservant les moyens financiers au gestionnaire (reconversion d'activités).

Diminuer le nombre de discussions budgétaires et d'interlocuteurs.

Les enjeux pour les associations

Une occasion pour les associations de revisiter leur projet associatif et d'établissement ou de service et de les valoriser.

Mobiliser les compétences nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Anticiper certaines évolutions en n'attendant pas les situations de crise.

Mutualiser les moyens en interne.

S'engager dans un processus budgétaire pluriannuel.

Loi HPST

Enjeux/risques et points de vigilance

La cohérence de l'articulation entre le sanitaire et le médico-social

Le champ de compétence de l'ARS

L'articulation entre les trois niveaux de schéma

La cohérence entre le PRIAC et les schémas

Le Maintien dans la loi de la notion de fongibilité asymétrique

La reconversion des capacités hospitalières

Le respect de la spécificités et les marges de manœuvre du secteur non lucratif

La suppression du PSPH, quel système alternative?

La procédure d'appel à projet

Les CPOM obligatoires

La santé publique et l'accès aux soins

La reconnaissance des centres de santé

La reconnaissance de l'hospitalisation à domicile

La lutte contre les inégalités d'accès aux soins

L'intégration de la santé scolaire et de la santé au travail dans le champ de la santé publique

La démocratie sanitaire et médico-social

La gouvernance de l'ARS

La suppression des CROSMS

La conférence régionale de santé

La possibilité de légiférer par ordonnance

3. La coordination et la coopération entre les associations du secteur de l'action sociale et médico-sociale (Les GCSMS)

Le GCSMS – Les textes

- La loi n°2002-2 : un article L. 312-7 du CASF spécialement dédié à la coopération et introduit un nouvel outil de coopération le GCSMS**
- La loi « handicap » du 11 février 2005 vient ensuite préciser les missions spécifiques aux GCSMS**
- Le décret du 6 avril 2006**
- Circulaire du 18 mai 2006 et instruction du 3 août 2007**

Le GCSMS – Les missions

- **Exercer ensemble des activités dans les domaines de l'action sociale ou médico-sociale.**
- **Créer ou de gérer des équipements ou des services d'intérêt commun ou des systèmes d'information.**
- **Faciliter ou d'encourager les actions concourant à l'amélioration de l'évaluation de l'activité et de la qualité de leurs prestations.**
- **Définir ou proposer des actions de formation.**
- **Être chargé de procéder aux fusions et regroupements**

Le GCSMS – création

- **La création du GCSMS est décidée par chacun des membres du groupement au vu du projet de convention constitutive (acte fondateur du groupement).**
- **La convention devra être approuvée par le préfet du département où se trouve le siège du groupement.**
- **La convention constitutive doit intégrer un certain nombre de mentions obligatoires**

Le GCSMS - Statut juridique

- **Le groupement poursuit un but non lucratif.**
- **Il est doté de la personnalité morale.**
- **Sa nature juridique est protéiforme (privé, public).**

Le GCSMS - Fonctionnement

- **Une assemblée générale composée de l'ensemble des représentants des membres du groupement.**
- **Des attributions réservées par la réglementation.**
- **Le nombre de voix est proportionnel aux droits.**
- **Un administrateur élu parmi ses pairs pour une durée de trois ans renouvelable.**
- **Il est révocable à tout moment par l'AG.**

Le GCSMS - Personnel

Deux possibilités concernant le personnel :

- **des personnels mis à disposition par les membres du groupement;**
- **des personnels propres (salariés du groupement).**

Le GCSMS - Capital et apports

- **Si le GCSMS n'engendre pas de charges de fonctionnement, il peut être créé sans apport ni participation**
- **Lorsqu'il y a capital, les apports peuvent être fournis en espèce (dotations financières) ou en nature (biens mobiliers ou immobiliers)**

GCSMS – Droits sociaux

Les droits sociaux peuvent être fixés :

- soit à proportion des apports;**
- soit à proportion des participations aux charges de fonctionnement.**

GCSMS - Dettes

Les membres du groupement ne sont responsables de sa gestion que proportionnellement à leurs droits

GCSMS - Financement

- **Les charges de fonctionnement sont couvertes par les participations de ses membres**
- **Lorsque le GCSMS exerce directement les missions et prestations des ESMS, les prestations fournies par le groupement font l'objet d'une tarification par la puissance publique**

GCSMS- Dissolution

Arrivée du terme de la durée conventionnelle.

Retrait ou exclusion des membres lorsque le GCSMS ne comporte q'un seul membre.

Extinction ou réalisation de l'objet.

Les forces et les faiblesses du GCSMS pour les associations

Forces

Permet de dépasser les clivages institutionnels sans les ignorer.

Permet de créer un cadre juridique précis.

Permet la mutualisation des moyens d'action et des moyens de gestion.

**Les membres ne sont pas tenus
solidairement des dettes.**

Ne nécessite pas un engagement durable.

**Peut exercer les missions des
établissements et services et agir sur le
processus de planification.**

Faiblesses

Le GCSMS est récent et les imperfections risquent d'apparaître.

Il peut être utilisé comme un instrument pour les activités de support qui ne concerne pas directement l'utilisateur.

Il risque d'être utilisé comme un instrument de régulation des dépenses publiques.

Le GCSMS peut constituer un risque pour les structures de petite taille d'y perdre leur âme et d'être vidées de leur substance.

Peut limiter le pouvoir d'autonomie des dirigeants associatifs.