

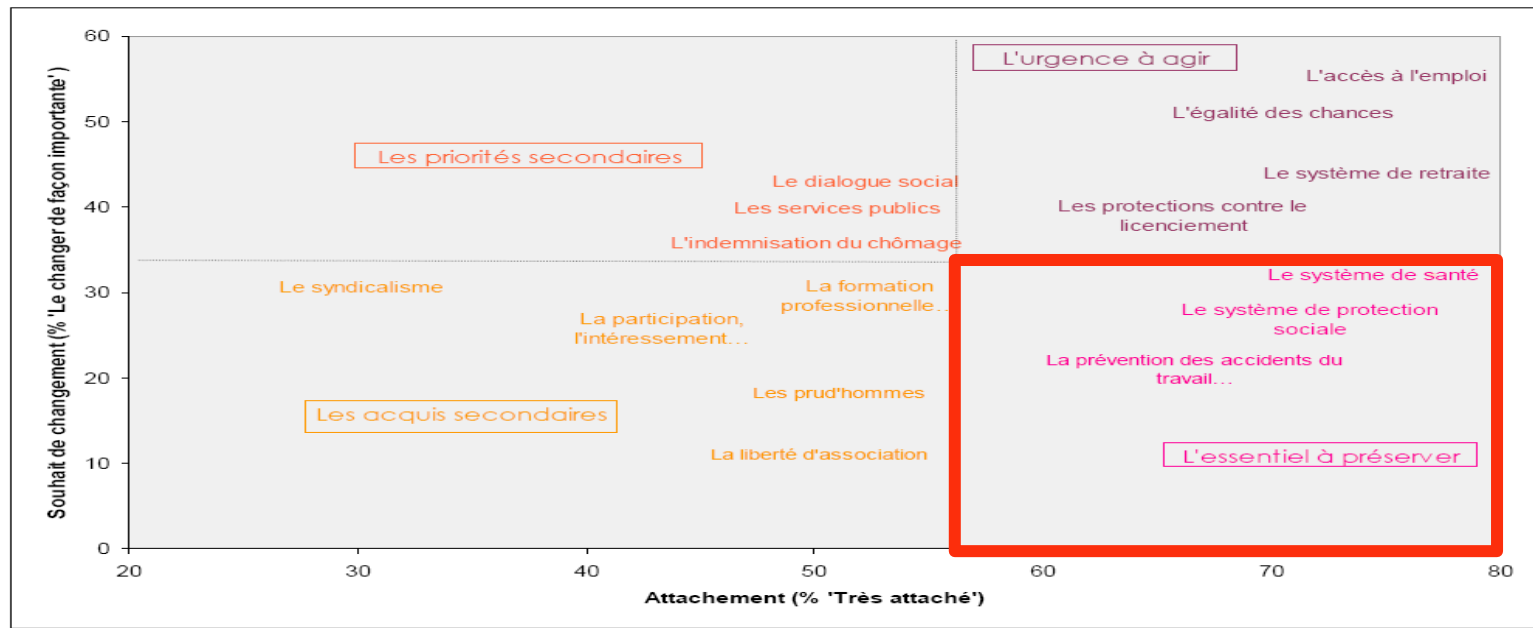
Mise en place des ARS

Impact pour les établissements de santé

- La mise en place des ARS

Une forte volonté de préserver un système auquel les français sont très attachés

Typologie des éléments du pacte social français selon le degré d'attachement et souhait de changement



Mais une loi HPST car il n'est plus possible de rester sans agir

Des points faibles historiques sur l'efficacité et l'efficience de notre système de santé, aggravés par des évolutions structurelles et conjoncturelles

Des points faibles lancinants sur l'efficacité et l'efficience

- Prévention : la France se classe au 20^{ème} rang de l'OCDE par ses dépenses
- Taux de mortalité évitable des hommes le 2^{ème} plus haut d'Europe
- Poids de l'hôpital dans l'offre de soins trop important, à priori le plus important parmi les pays de l'OCDE
- Parcours complexes des malades liés au morcellement et aux cloisonnements entre structures (exemple : hôpitaux vs. secteur médico-social)
- Egalité de traitement des populations plus totalement assurée (dépassements d'honoraires en hausse, PdS très fragilisée dans certains territoires)

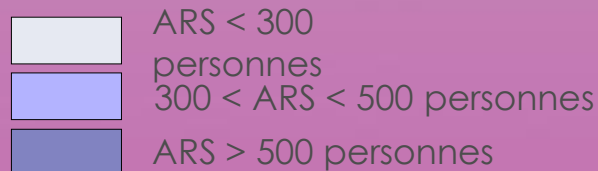
Les évolutions structurelles et conjoncturelles défavorables

- Les dépenses de santé augmentent de 5%/an, ce qui impose chaque année des choix difficiles en matière de prise en charge par les régime obligatoires
- La part des plus de 75 ans passera de 8% à 12% de la population en 2030
- La part des dépenses AM liée aux affections longue durée (ALD) passera de 60% à 70% en 2015
- La France s'est engagée à ramener l'ensemble des comptes publics à l'équilibre au plus vite (y compris l'assurance maladie)

Les ARS regroupent près de 9 000 agents de l'Etat et de l'assurance maladie



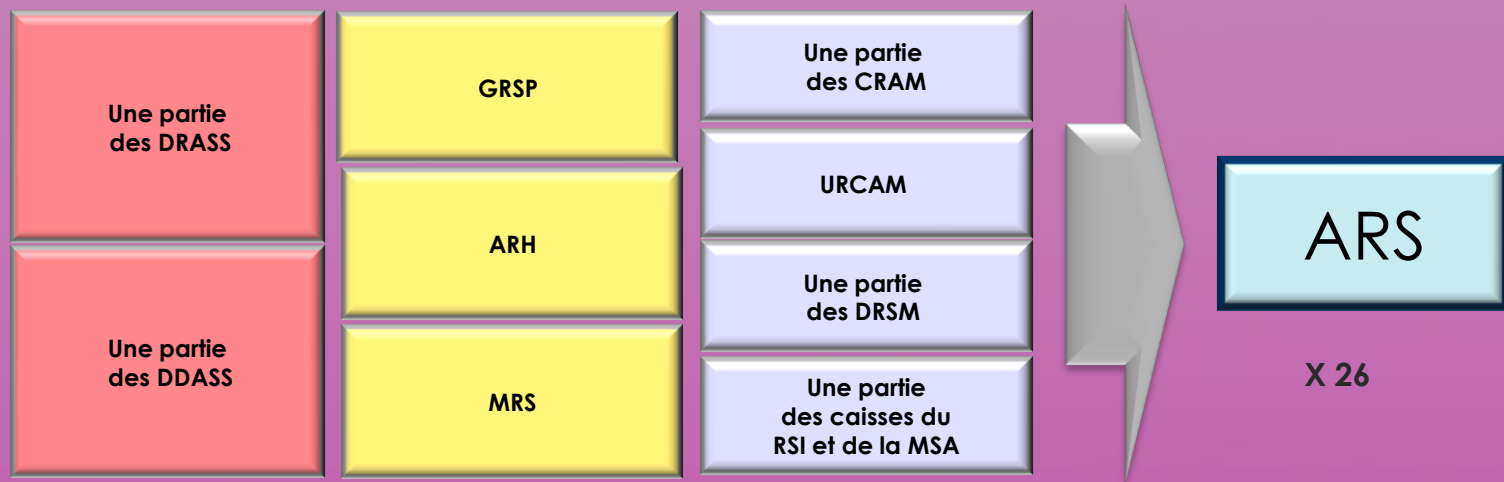
Effectifs des ARS en nombre de personnes
(Estimation de l'existant)



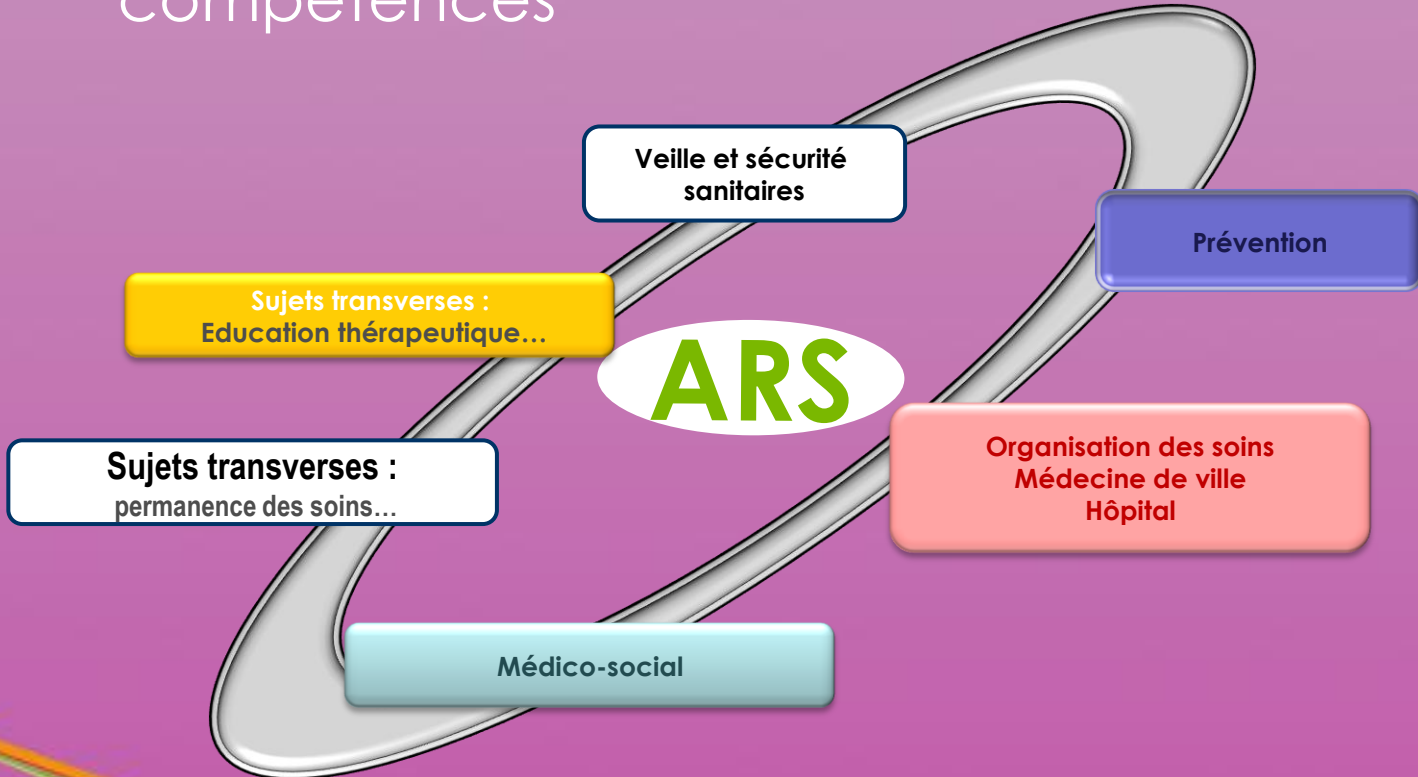
**En moyenne,
entre 300 et 350 agents par région,
fonctionnaires, contractuels de droit public
ou de droit privé**

L'ARS : la maison commune

Chacune des 26 agences régionales de santé forme un système intégré regroupant l'Etat et l'assurance maladie :



Un élargissement voulu du champ des compétences



Une réponse à trois défis pour notre système de santé

Efficacité

- **meilleure santé de la population**

Mieux répondre aux besoins de la population et améliorer la santé de nos concitoyens

Efficienc

- **maîtrise des coûts**

Assurer une plus grande performance du système et une meilleure qualité des soins, sans dérive des coûts

Démocratie

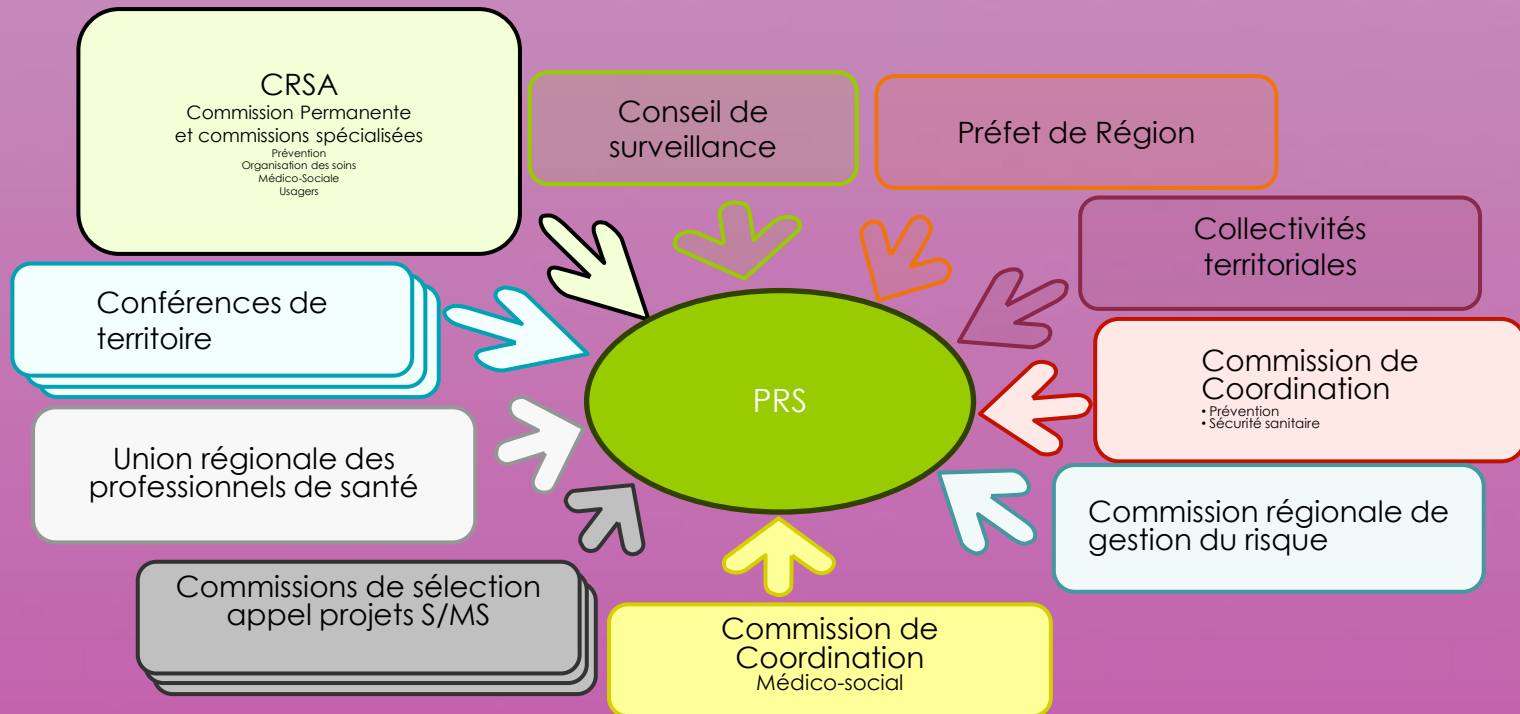
- **coordination et concertation des acteurs**

Veiller à ce que l'ensemble des parties prenantes soient représentées dans les instances et impliquées dans les choix stratégiques

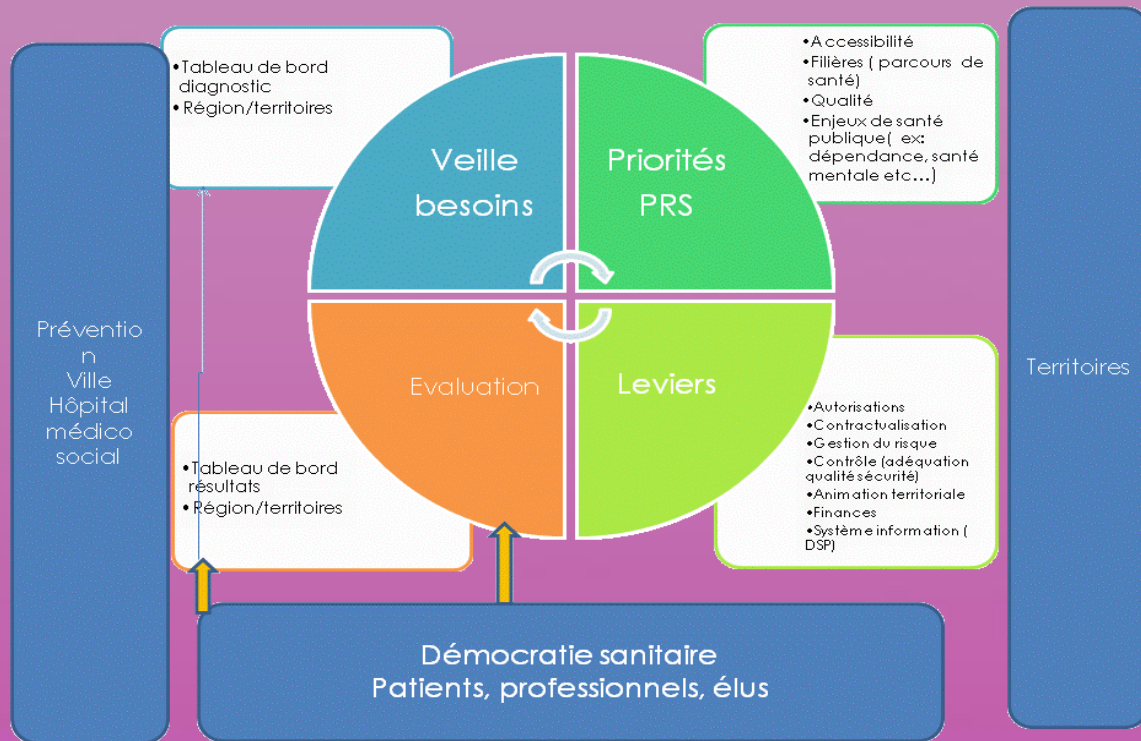
Le pilotage intégré se déploie progressivement



Les acteurs régionaux s'organisent



La construction du PRS va mobiliser les acteurs ces prochains quinze mois



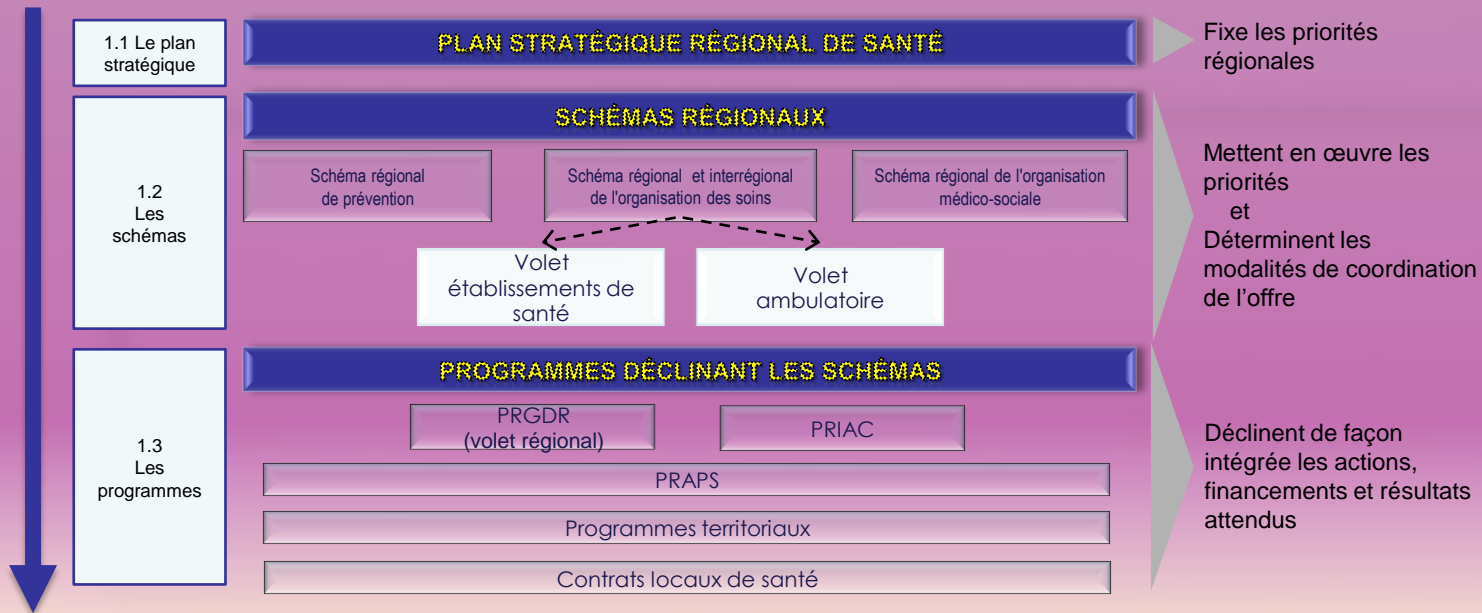
Quatre temps à la période d'élaboration du Plan Stratégique régional de santé : échéance mars 2011

- Un premier temps du **diagnostic partagé** autour de l'atlas régional
- Un deuxième temps de recueil des **propositions** émanant du terrain, des instances et des partenaires régionaux s'intéressant à la santé
- Un troisième temps de hiérarchisation et de **priorisation**
- Un quatrième temps : la **décision** du DG ARS



Puis, et c'est l'essentiel.... la **déclinaison opérationnelle en actions sur les territoires**

Suivra la déclinaison opérationnelle des schémas et programmes



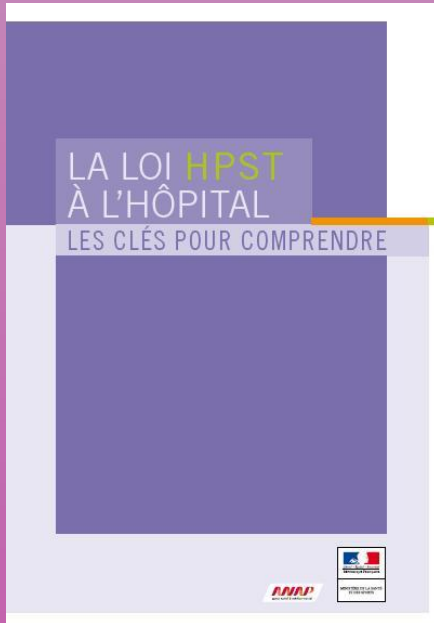
- Sur le plan concret, quelle conséquence pour les établissements de santé ?

Une certaine perte de repères

- Les divers organigrammes des ARS ont « cassé » le traitement particulier qui existait avec les ARH
- Les organisations internes ne sont pas encore totalement lisibles, difficile de savoir qui fait quoi
- Les métiers « médicaux » sont dispersés
- Le « CROS » a disparu
- Les menaces sur les financements créent de l'inquiétude

- Ce qui découle directement de la loi HPST

Le management interne et renforcé



- Les instances sont revues (conseil de surveillance, directoire, directeur, CME)
- Les Pôles d'activité sont renforcés (contrats, délégations)
- La publication d'indicateur de qualité et de sécurité est généralisée
- Des évolutions sont encouragées en matière de ressources humaines médicales et non médicales

Une gouvernance revisitée

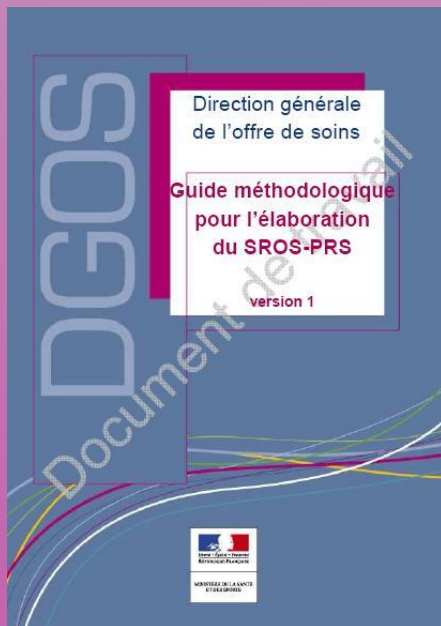
- Un conseil de surveillance remplace désormais le conseil d'administration. Le maire n'est pas obligatoirement le président
- Il y a un rééquilibrage des compétences entre les instances dirigeantes et entre médecins et directeurs. Le président de la CME est davantage impliqué, notamment dans l'organisation et la gestion des pôles.
- Possibilité pour des établissements PSPH de devenir, sur leur demande, des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)
- Le texte introduit des dispositions reprenant les préconisations du rapport Marescaux sur les CHUs

Des coopérations rendues plus faciles

- Des communautés hospitalières de territoire (CHT) peuvent émaner de propositions des acteurs territoriaux
- Des groupements de coopération (GCS) « établissements » peuvent être reconnus. Leur gestion est simplifiée et encouragée
- Le décret sur la télémédecine est désormais paru qui doit permettre un développement accéléré des projets. L'ASIP lance ses appels à projets

- Une révision totale de la planification

L'organisation des soins est réactualisée



- Il va être procédé en 2011 à la révision de quinze thèmes du SROS
- Ce SROS est intégré à l'intérieur du Projet régional de santé (PRS) et son champ de d'application est étendu à l'offre de soins ambulatoire.
- La commission spécialisée de l'organisation des soins donne son avis sur les autorisations
- Les CPOM règlent les accords. La donne médico-économique est très prégnante et structurante. La priorité doit être la maîtrise du volume d'activité des établissements.
- La DGOS pilote directement le dispositif nationalement

Les quinze thèmes du SROS « activités de soins »

- Médecine
- Chirurgie
- Périnatalité
- Psychiatrie
- Soins de suite et de réadaptation
- Soins de longue durée
- Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie
- Médecine d'urgence
- Réanimation, soins intensifs et surveillance continue
- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
- Traitement du cancer
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales
- Imagerie médicale
- Soins palliatifs
- Soins aux détenus

- Le dispositif est complété d'une régulation forte

Un soin particulier accordé à la performance

- Contrôle de gestion renforcé, les établissements sont incités à conclure des contrats performance
- Les OQOS encadrent les activités
- Importance du « case-management » autour de l'amont et de l'aval
- Indicateurs et système d'information constituent un levier essentiel

- Mais le concept ARS invite à aller encore plus loin

5 principes d'actions stratégiques

- 1- Déplacer le système vers des enjeux de Santé Publique favorisant l'approche communautaire :
 - En renforçant la démarche préventive
 - En mettant davantage en appui l'organisation des soins primaires (médecine de ville, subsidiarité des professionnels)
- 2- Accroître la performance médico-économique des structures et fluidifier les parcours de soins dans le premier recours, l'hospitalier et le médico-social
- 3 - Porter la qualité et la sécurité en exigence permanente
- 4 – Inscrire toutes les actions dans une logique de gestion du risque
- 5- Faire du système d'information le levier majeur des transversalités et des nouveaux modes de prise en charge (dossier patient, télésanté, bases de données et observatoires)