

Lettre aux Parlementaires

La FEHAP dans le débat public

JUIN 2010 >>

N°1



FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS



édito

La loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), un an après : le point de vue des établissements privés non lucratifs, sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Dans le domaine de la santé et de l'autonomie comme dans beaucoup d'autres, l'action résulte d'une vision et d'une dynamique, assorties de possibilités financières. La loi n'en est qu'un des instruments. Son efficacité tient aux changements que les uns et les autres opèrent dans leur organisation individuelle et collective. Aussi, cet instantané photographique sur la « loi HPST, un an après » ne peut se résumer à un commentaire « à plat » de la liste des décrets parus ou non parus, mais s'attache à décrire les effets qu'elle a produits, bienvenus ou inattendus. D'autant que la FEHAP qui émane des associations Loi de 1901, des Fondations et Congrégations, des Mutuelles et Institutions de Retraite Complémentaire et de Prévoyance exprime tout particulièrement la part d'autonomie de la société civile, notamment dans le champ social et médico-social (Consultez le site internet de la FEHAP). Ce secteur rappelle combien la réalité vivante et concrète sur le terrain des politiques nationales, pour les usagers et leurs proches, est la conjugaison de nombreuses adhésions et volontés d'action sur le terrain et non la résultante mécanique de décisions nationales univoques et « descendantes ».

Antoine Dubout, Président

La loi HPST un an après : le point de vue des établissements Privés Non Lucratifs

La qualité pour commencer

De manière très heureuse, les premiers textes d'application de la Loi HPST ont porté sur la mise à disposition du public des résultats des établissements de santé, en matière de qualité (décret n°2009-1763 du 29 décembre 2009 et arrêté du 30 décembre 2009). En profond accord avec cette dynamique d'information et de transparence, la FEHAP a anticipé et lancé quelques semaines avant la publication des

textes au JO, une campagne d'information pour mobiliser les établissements adhérents de la FEHAP sur ce sujet et mettre à leur disposition des outils adaptés de communication : « La qualité, on l'affiche ». Dans le même sens, la FEHAP a publié une étude comparative des résultats de la certification par la Haute Autorité de Santé des différentes catégories d'établissements de santé, mettant en relief les points forts des établissements privés non lucratifs

mais également leurs opportunités de progrès. La FEHAP continue de demander au ministère de la santé des statistiques par type d'établissement public, privé non lucratif, privé de statut commercial, pour mieux différencier les situations.

La nouvelle mécanique institutionnelle des ARS et des hôpitaux publics

Une énergie considérable a été employée à la mise en œuvre des nouvelles « tuyauteries institutionnelles », qu'il s'agisse de la mise en place des Agences Régionales de Santé ou de la réforme de la gouvernance interne des hôpitaux publics, avec la parution d'un nombre significatif de décrets d'application

dans cet objectif. Pour apporter une perception de synthèse, la difficulté semble être, après avoir institué le « panorama large et transversal » des ARS de retrouver dans leur organisation interne, dans les schémas régionaux ou leurs instances consultatives (Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie), les cloisonnements qui étaient autrefois le

fait de plusieurs organismes différents. L'autre difficulté semble être de retrouver des réflexes centralisateurs des administrations centrales sur différents sujets, en dépit d'une réforme marquée par l'orientation générale dans le sens d'une régionalisation des politiques de santé et de l'autonomie.

L'ordonnance de réforme de la biologie

Le texte promulgué est conforme à l'esprit du législateur et cohérent avec les concertations techniques menées avec les professions et fédérations intéressées. Quelques coquilles rédactionnelles demeurent, concernant les établissements de santé privés non lucratifs, mais les

travaux de concertation sur la Loi de ratification permettent d'imaginer que ces erreurs puissent être d'emblée rectifiées dans la proposition de Loi du Gouvernement. Au-delà, il y a lieu de souligner que l'interdiction annoncée des ristournes ou rabais sur la valeur des actes entre les laboratoires de biologie médicale

et les établissements de santé va poser des difficultés économiques nouvelles aux établissements. Il est important de garantir la diminution simultanée de la valeur unitaire des actes de biologie, telle qu'annoncée par le gouvernement.

Pour apporter une bonne visibilité au lecteur, cette lettre adoptera un code couleur bien identifié :

Soulignées en vert, les questions qui ont avancé favorablement du point de vue de la FEHAP

En jaune orangé, les dossiers en « situation intermédiaire », encore en travaux.

En rouge, les sujets marqués de grandes difficultés, appelés à de nouveaux débats parlementaires

L'ordonnance de coordination du 23 février 2010

D'un volume aussi impressionnant qu'hermétique dans son contenu, cette ordonnance publiée sans concertation porte chaque jour son lot de surprises. Le droit des Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) y a été aligné sur celui qui fait gravement problème depuis la Loi HPST, des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS). La FEHAP a saisi de ce sujet la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et les cabinets des ministères sociaux, ainsi

que le Premier Ministre ([consultez le site internet de la FEHAP](#)). Dans le même style et allant bien au-delà de l'habilitation législative, les dossiers d'évaluation et de demande de renouvellement d'autorisations d'activités de soins sanitaires ont été vidés de leur contenu par l'ordonnance, en contradiction avec la lettre et l'esprit de la Loi HPST sur ce point. Il reste à souhaiter que la Loi de ratification de cette ordonnance comporte quelques amendements de rectification.

Les Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), avec le décret 2010-535 du 20 mai 2010, et le projet de décret sur les ESmsPIC (Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux Privés d'Intérêt Collectif)

Le statut d'Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif a fait l'objet d'une concertation très ouverte avec la FEHAP et de nombreuses navettes sont intervenues avec le cabinet de la Ministre de la Santé et celui du Premier Ministre. Le texte final est satisfaisant et a été salué par la FEHAP dans un communiqué en date du 27 mai 2010. Rappelons simplement ici que le Ministère de la Santé n'était pas favorable, au moment de l'élaboration et de la discussion du projet de Loi, au secteur hospitalier privé non lucratif et à son identification particulière par rapport aux autres établissements de santé privés (de statut commercial). En dépit de la première phrase du texte de loi HPST qui cite les trois catégories juridiques d'établissements de santé (« établissements de santé

publics, privés lucratifs et privés d'intérêt collectif ») et d'autres caractéristiques juridiques probantes des ESPIC, le Ministère de la Santé ne cessait d'indiquer qu'il ne s'agissait pas d'un statut d'établissement de santé mais d'un simple label...Ce décret sur le statut d'ESPIC a l'intérêt de prévoir l'élaboration par les personnes morales de droit privé à but non lucratif gestionnaires d'établissements de santé, d'un projet institutionnel que l'on retrouve également dans les dispositions législatives adoptées par le Parlement pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux privés d'intérêt collectif (ESmsPIC). Un seul document de politique générale et d'organisation des prises en charge et de l'accompagnement pourra donc être élaboré par les adhérents privés non lucratifs de la FEHAP pour

leurs établissements et services tant sanitaires que sociaux et médico-sociaux. Autre avancée en termes de démocratie sanitaire, sociale et médico-sociale, le projet institutionnel devra décrire les modalités selon lesquelles l'organe délibérant de la personne morale associe les usagers et leurs associations représentatives à l'élaboration dudit projet, à sa mise en œuvre et à son évaluation. Pour ce qui concerne les ESmsPIC, la FEHAP a élaboré une proposition rédactionnelle en lien avec ses adhérents et différents partenaires institutionnels privés non lucratifs. Elle a porté ses propositions à la connaissance de la Direction Générale de la Cohésion Sociale et des cabinets des ministères sociaux et demeure dans l'attente de discussions approfondies qui ont eu lieu depuis trois mois sur les ESPIC.

Le décret n° 2010-425 relatif à l'organisation financière des établissements de santé en date du 29 avril 2010

Examiné au début des travaux de concertation en septembre 2009, ce projet de décret offrait l'exemple typique d'un texte d'application rédigé sur la base de l'avant-projet de

loi HPST et non sur le texte issu du vote du Parlement. Bien peu différent du texte mis à la concertation, le texte promulgué pose de nombreuses difficultés pour le secteur privé non lucratif. Sans réponse du Ministère de

la Santé, la FEHAP a écrit au Premier Ministre le 21 Mai 2010 dans le cadre d'un recours gracieux, pour demander la révision de ce texte ([consultez le site internet de la FEHAP](#)).

Et dans les projets de décrets non publiés à ce jour...

Les conférences médicales d'établissement (CME) des établissements de santé privés

À la différence des textes suivants, le projet de décret issu des concertations est satisfaisant et stimulant pour les différentes parties prenantes. D'abord parce que la FEHAP, la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) et la Fédération Nationale

des Centres de Lutte contre le Cancer (FNCLCC) se sont rapidement accordées sur un projet de texte commun qui a structuré l'espace de concertation technique avec le Ministère. Ensuite parce qu'à la différence des réflexes jacobins que l'on observe sur nombre de politiques et

de textes, en réaction sans doute à l'instauration des ARS, ce projet de décret a la sagesse de laisser une large marge d'appréciation locale aux organes délibérants des personnes morales gestionnaires et aux communautés médicales concernées, pour ce qui concerne la com-

position et le fonctionnement des CME. Le contraste avec les débats relatifs aux commissions médicales d'établissements des établissements publics de santé est saisissant.

L'appel à projets

Le décret d'application relatif aux appels à projets est extrêmement important. Cette réforme issue d'HPST est en effet bien plus novatrice que l'institution des ARS pour le secteur médico-social, car l'appréciation régionale des priorités médico-sociales et de la répartition inter-départementale des ressources préexistait avant HPST. La FEHAP est partagée quant au projet de décret issu des concertations. Si les travaux menés avec la DGCS ont effectivement permis d'éliminer les principales difficultés ou incohérences du projet, les concertations n'ont pas permis pour autant d'améliorer substantiellement le texte présenté. Il est possible de mettre en avant deux exemples précis de propositions émanant de la FEHAP et pour

l'instant sans réponse satisfaisante :
- Concernant les appels à projets expérimentaux ou innovants, il eut été heureux que le décret en projet permette aux autorités de contrôle et de tarification (directeur général d'ARS, président du conseil général ou préfet selon les domaines de compétence) de prévoir la possibilité de délais de réponse supérieurs à 90 jours. Il ne s'agissait ici que de rendre possible cette faculté pour assurer une « bonne gestion » des dossiers expérimentaux ou innovants, et la FEHAP avait rallié l'accord de toutes les autres organisations et fédérations sur ce point, mais la DGCS a écarté cette hypothèse qui paraissait pourtant aisée à accueillir.
- Plus substantiellement, la FEHAP a proposé que l'élaboration des cahiers des charges par les autorités

de contrôle et de tarification soit précédée d'une phase de concertation formalisée avec l'ensemble des différents promoteurs possibles, en respectant strictement les règles de neutralité et d'égalité entre chacun d'entre eux. Cette séquence pourrait s'envisager à partir d'un énoncé global des besoins auxquels l'appel à projets entend répondre. Mais cette phase de « dialogue qualitatif » pourrait permettre d'éviter une formulation trop stéréotypée ou univoque du cahier des charges. C'est sur cette base informée des différentes orientations techniques susceptibles de se présenter, que les autorités de contrôle auraient pu ensuite se retirer dans leur « tour d'ivoire » pour rédiger leur cahier des charges. En réponse à cette proposition de la FEHAP, la DGCS a

estimé que des concertations informelles pourraient toujours intervenir en amont des appels à projets. La FEHAP estime qu'une séquence de concertation formalisée par le texte serait beaucoup plus conforme au principe de neutralité et d'égalité entre les promoteurs.

La coopération en panne

En matière de coopération entre établissements de santé, force est d'écrire que la mécanique est grippée depuis la Loi HPST ! La FEHAP avait prévenu dès l'été 2008 que la création des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) détenteurs d'autorisation et érigés en nouveaux établissements de santé était une fausse bonne idée. Parce qu'il faudrait ensuite déterminer le statut public ou privé de ces nouvelles entités, retombant alors dans l'ornière et le caractère binaire des coopérations public-privé que la création des GCS avait pour vocation d'aider à surmonter depuis leur création en 1996. Les deux commissions des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale et du Sénat avaient parfaitement identifié la difficulté, au point que celle du Sénat avait censuré ce point du projet de loi mis en discussion, avant que le Ministère de la Santé n'y revienne lors d'une séance tardive... Qui plus est, cette réécriture vespérale comporte une difficulté plus sérieuse encore, à savoir que les GCS de droit public détenteurs d'autorisation

deviennent automatiquement des établissements publics de santé, écartant ainsi de la gouvernance et des modalités de fonctionnement les partenaires privés minoritaires. Ni la FHP ni la FEHAP et encore moins les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML) ne peuvent se satisfaire de la réponse de la Direction Générale de l'Offre de Soins sur ce sujet : à savoir la possibilité pour ces composantes privées minoritaires d'espérer un poste de personnalité qualifiée au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé issus de ces GCS de droit public ! Cette situation ne bloque pas seulement les détentions d'autorisation d'activités de soins par les GCS, mais également les simples GCS de moyens, puisque le Ministère a établi des fiches techniques explicitant la facilité avec laquelle des GCS de moyens peuvent être unilatéralement transformés en GCS établissements de santé. Désormais, la FEHAP et la FHP sont pleinement accordées sur l'impérieuse nécessité de corriger ce point qui est l'une des erreurs les plus évidentes (et des plus prévisibles) de la Loi

HPST pour le secteur hospitalier. Les deux fédérations hospitalières ont élaboré un amendement dans l'objectif de relancer les coopérations sur une base équilibrée et crédible, dans l'attente du premier vecteur législatif approprié. Les deux fédérations demandent également que, dans cette situation où il y a lieu d'éviter d'aggraver encore les problèmes issus de la Loi HPST pour les professionnels parties prenantes d'une coopération, la publication du projet de décret d'application sur les GCS soit suspendue pour ne publier qu'un texte réglementaire établi sur des bases législatives rectifiées. La correction législative des dispositions du code de la santé publique concernant les GCS permettrait non seulement de relancer la coopération hospitalière, mais également d'éviter de stopper net la coopération sociale et médico-sociale portée par des GCSMS, puisque l'ordonnance de coordination est venue imprudemment y exporter cette difficulté nouvelle des GCS depuis HPST (confer supra). Plus globalement, la FEHAP estime que le droit des GCS, réformé 7 fois depuis 1996,

présente désormais l'inconvénient très sérieux de donner le sentiment aux partenaires d'une coopération que l'équilibre de leurs discussions bilatérales peut être la victime collatérale de mutations juridiques aussi inattendues que mal maîtrisées dans leurs effets. Les parlementaires doivent savoir que les progrès de la coopération hospitalière ou médico-sociale ne tiennent pas au raffinement juridique en continu des outils qui les portent, mais bien au contraire à un minimum de clarté et de stabilité. Car en cette année 2010, c'est l'article 1134 du code civil (1804) et la Loi de 1901 sur les associations (de personnes morales) qui présentent le meilleur équilibre efficacité/lisibilité/stabilité !

La facturation des actes des médecins salariés dans les établissements de santé dits « ex-OQN » (ex-Objectif Quantifié National : où les tarifs ne comprennent pas la rémunération des médecins), d'une part, et les médecins libéraux dans les établissements dits « ex-DG » (ex-Dotation Globale : où les tarifs comprennent la rémunération des médecins, notamment), d'autre part

Sur le premier point, la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie des Travailleurs Salariés a conduit, en lien avec la DGOS, les concertations techniques avec une grande efficacité et une transparence digne d'éloges, pour la publication d'une lettre-réseau dont la diffusion est imminente. La FEHAP regrette seulement que les consultations de médecins salariés dans les structures de dialyse hors centre pour les patients qui ne sont pas encore dialysés ou pour ceux qui ne le sont plus après leur greffe, ne soient pas, en l'état, éligibles à ce dispositif. Alors que l'in-

térêt en termes de santé publique et d'économie de santé semble indiscutable. Il est en effet disproportionné de structurer ces consultations sous la forme d'un centre de santé, hors le cas des grandes métropoles. Pour ce qui concerne les médecins libéraux dans les établissements privés ex-DG comme dans les hôpitaux publics, le texte issu des concertations présente l'inconvénient sérieux de ne pas prévoir de dispositions transitoires, pour organiser la mise en application progressive des nouvelles dispositions.

L'extinction du service public hospitalier et du statut PSPH, et le débat sur l'attribution des missions de service public

Parce que c'est la raison qui a été avancée pour la disparition des établissements PSPH (établissements privés non lucratifs participant au service public hospitalier) dans la Loi HPST, aucun adhérent de la FEHAP n'aurait pu imaginer en juillet 2009 qu'aujourd'hui le débat puisse s'être réorganisé autour de la demande de l'hôpital public d'être le seul attributaire de toutes les missions de service public, le secteur privé n'étant sollicité par la voie d'un appel à candidatures qu'en « cas de carence ». La FHP a rectifié sa position lors de l'allocution du Président Jean Léonetti en date du 18 mai 2010 à l'ouverture d'Hôpital'Expo, indiquant que les établissements privés non lucratifs étaient également à classer avec les établissements publics de santé, pour ce qui concerne l'exercice na-

tuel des missions de service public. Du côté du Ministère de la Santé, un projet de décret a été produit et communiqué en mars 2010, texte fidèle à la lettre et à l'esprit de la Loi HPST, à savoir l'appel à candidatures pour les établissements de tous statuts: publics, ESPIC et privés à but commercial. Mais toutes les dates programmées de concertations sur ce sujet ont été annulées depuis 3 mois. Et les déclarations contradictoires du Ministère de la Santé sur les missions de service public se sont succédées, suivant les publics devant lesquels elles sont énoncées... Le débat parlementaire sur « la Loi HPST, un an après » consacrerait certainement un temps significatif à ce point, et sans doute aussi à ce qu'il nous enseigne du fonctionnement des pouvoirs publics dans le domaine de la santé et de l'autonomie.

Et le secteur optionnel ?

Les partenaires conventionnels ont respecté le challenge issu du IV de l'article 53 de la Loi HPST, à savoir la conclusion d'un protocole avant le 15 octobre 2009. Il a été signé à cette date à une heure fort tardive, mais depuis, les travaux semblent en panne, alors que la discordance entre le barème conventionnel en secteur 1 d'une part - irréaliste car trop faible et trop ancien pour un grand nombre d'actes - et les dépassements d'honoraires qui en résultent d'autre part - excessifs car parfois trop élevés et trop coûteux pour le niveau de protection complémentaire de nombre d'assurés sociaux - nous indique que ce dossier n'a jamais été aussi urgent. Pour le privé non lucratif, l'accès aux soins tant d'un point de vue géographique que financier et qualitatif est une valeur cardinale.

Et le service minimum ?

Plusieurs parlementaires ont très opportunément soulevé la question du service minimum dans le secteur social et médico-social, à l'occasion des débats de la Loi HPST. Rappelons que le secteur médico-social concernant les personnes handicapées, enfants et adultes, est à 95 % privé non lucratif et échappe aux dispositions de la fonction publique territoriale ou hospitalière en matière de continuité de service s'imposant aux agents publics. Des travaux ont été promis par le Gouvernement aux parlementaires sur ce sujet, avec un rapport pour le 30 juin 2010 mais la FEHAP demeure sans nouvelles de leur démarrage ou de leurs recommandations éventuelles. C'est l'occasion pour la FEHAP de souligner que les dispositions sur le service minimum, concernant les établissements de santé privés non lucratifs, étaient assises sur le concept de participation au service public hospitalier. Du fait de la suppression du PSPH, la réflexion sur le service minimum et son assise dans le secteur privé dépasse le seul secteur social et médico-social et concerne aussi le champ sanitaire.

Et l'hébergement temporaire médicalisé pour les personnes âgées ?

La Loi HPST avait prévu un décret d'application permettant de structurer des expérimentations tarifaires pour relancer l'hébergement temporaire médicalisé des personnes âgées, avant le 22 janvier 2010. Cette initiative parlementaire résultait du constat que le développement de l'hébergement temporaire est bloqué par le niveau du tarif hébergement, qui s'ajoute à l'acquittement des charges de l'habitation principale qui se poursuivent, mais aussi du fait de l'inadaptation des mécanismes d'aide sociale pour ce type d'accueil. De nouvelles études ont été demandées par les pouvoirs publics, mais elles n'ont pas renouvelé la compréhension de ce sujet sur la nature des blocages, dont les usagers concernés et les professionnels de terrain connaissent parfaitement les raisons. En attendant et faute d'initiatives de l'exécutif sur ce sujet, ce vote parlementaire à l'occasion de la Loi HPST s'avère sans effet.

La TVA à 5,5 % pour les travaux de construction ou de rénovation des structures pour enfants handicapés

Pour terminer ce panorama sur « la loi HPST, un an après » par une note positive, la FEHAP a été invitée le 10 mai 2010 par l'Association Pour les Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH) de la Somme à la pose de la première pierre à Pont de Metz (80) d'un Institut Médico-Educatif (IME) associé avec un Service d'Education Spéciale à Domicile (SESSAD). Cet établissement a été le premier bénéficiaire de la disposition de la Loi HPST sur laquelle la FEHAP avait travaillé avec une proposition d'amendement portée conjointement avec l'APAJH, à savoir le taux réduit de TVA sur les travaux de construction et de rénovation pour les structures accueillant des enfants handicapés. Cette disposition a apporté au plan de financement de cette opération les 180.000 euros manquants.

Et le différentiel de charges sociales et fiscales des établissements privés ?

Depuis les débats du PLFSS 2010, le Ministère dispose d'études qui lui ont été remises par le cabinet d'audit Aumeras et la Direction de la Recherche et des Etudes Statistiques (DREES) sur le coût du travail et le différentiel de charges sociales et fiscales. Mais à l'instar des études menées sur la permanence des

soins hospitalière et la précarité, le Ministère de la Santé n'en donne aucune communication à la FEHAP et aux deux autres fédérations concernées. Sauf à ce que les parlementaires obtiennent directement les moyens d'exercer leur contrôle sur les modalités de fixation des tarifs...En tout état de cause, la compensation du différentiel de charges

sociales et fiscales devient urgente puisque nombre de partenaires hospitaliers publics dans des coopérations public-privé, mais aussi de cadres d'ARH puis d'ARS, expliquent désormais aux gestionnaires privés non lucratifs que le différentiel de charges rend la gestion privée non lucrative beaucoup plus chère. Et qu'il conviendrait donc de placer

les activités qu'ils portent dans le cadre du secteur public ! Singulier renversement de logique, car rappelons que le surcroît de charges sociales et fiscales des établissements privés est synonyme d'un surcroît de recettes pour la protection sociale, tandis que les rémunérations nettes et les ratios d'encadrement y sont plus faibles.

Pour en savoir plus : www.fehap.fr

179 rue de Loumel

75015 Paris

Pour faire connaître vos questions à la FEHAP par mail : communication@fehap.fr
ou par téléphone au 01 53 98 95 14 ou 01 53 98 95 06.