

19 DÉCEMBRE 2019

**APRÈS
LE PLAN D'URGENCE
LA NÉCESSITÉ
DE MESURES STRUCTURELLES
POUR LES HÔPITAUX
ET LES ÉTABLISSEMENTS
MÉDICO-SOCIAUX PUBLICS**



FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE



À travers son plan d'urgence « Investir pour l'hôpital » présenté le 20 novembre 2019, le gouvernement a reconnu l'extrême difficulté dans laquelle se trouve aujourd'hui l'hôpital, suite aux plans d'économies successifs qu'il a dû absorber.

Dans ce contexte, les hospitaliers ont besoin de ressentir rapidement les effets des mesures annoncées, au risque d'une dégradation encore plus forte de la situation. C'est bien la vocation de mesures d'urgences.

Pour le traitement de fond, à l'heure où les rapports (Aubert, Libault, El Khomri) sont légion, où les plans (Ma Santé 2022, Pacte de refondation des urgences, plan d'urgence pour l'hôpital) se succèdent, la FHF verse au débat des propositions pour des mesures structurelles et complémentaires.

Des mesures qui s'avèrent indispensables pour l'avenir des hôpitaux et des établissements sociaux et médico-sociaux publics, pour les usagers comme pour les professionnels de santé.



ATTRACTIVITÉ HOSPITALIÈRE : ENGAGER DES TRAVAUX DE FOND SUR LES RÉMUNÉRATIONS ET LES BESOINS EN COMPÉTENCES

CONSTAT

Les établissements publics rencontrent depuis plusieurs années de fortes difficultés de recrutement de personnel médical, notamment dans certaines spécialités. Or ces difficultés ont progressivement gagné les métiers paramédicaux. Si ces difficultés sont multifactorielles, deux éléments sont systématiquement évoqués par les établissements et les professionnels :

● LES ÉCARTS DE RÉMUNÉRATION ENTRE LES SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ

Le secteur de la santé est légitimement marqué par les obligations en matière de qualification et de diplômes qui contraignent les viviers de recrutement. Or les grilles de rémunérations des professionnels du secteur public ainsi que l'ensemble des éléments de rémunération sont déterminés par la réglementation et donc accessibles à tous. À l'inverse, les pratiques salariales du secteur privé sont, par nature, inaccessibles. Dans ce secteur concurrentiel, il en résulte une asymétrie d'information défavorable au secteur public : la rémunération publique sert souvent de base de négociation dans le cadre d'une embauche au sein du secteur privé.

● L'INADÉQUATION DE L'APPAREIL DE FORMATION AUX BESOINS EN COMPÉTENCES

Les professions paramédicales, notamment infirmiers et aide-soignants, bénéficient d'un excellent maillage d'instituts de formation sur le territoire. Toutefois, les évolutions démographiques, la croissance des besoins en soins et le développement des compétences professionnelles (nouveaux métiers de la coopération, intelligence artificielle, pratiques avancées...) font progressivement apparaître le besoin d'une évaluation de l'adéquation entre le besoin en compétences et l'appareil de formation.

Par ailleurs, et c'est une grande difficulté, toute mesure indemnitaire non financée doit être « autofinancée » par les établissements, notamment au détriment de l'emploi.



PROPOSITIONS DE LA FHF

- Confier à la DREES des travaux pour **objectiver les écarts de rémunération entre les secteurs publics et privés**, en tenant compte des territoires et des modes d'exercice : il s'agit d'identifier les spécialités médicales et les professions paramédicales pour lesquels ces écarts salariaux sont les plus importants. Cet effort de transparence est indispensable afin de limiter de ces écarts. Ces travaux seraient également très précieux dans le cadre **d'un chantier de refonte du régime indemnitaire (revalorisation des gardes et astreintes, mise en cohérence des nouvelles bonifications indiciaires...)** que la FHF appelle de ses vœux afin de construire une véritable politique de rémunération cohérente, attractive et lisible.
- Lancer des travaux de prospective pour **objectiver les besoins en compétences** et organiser la consultation régulière des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux au niveau régional afin de garantir une meilleure adéquation entre les besoins en recrutement et le nombre de professionnels formés.
- **S'engager sur le financement des mesures d'attractivité en plus de l'ONDAM hospitalier** : le financement ciblé des mesures attractivité serait un signal fort, indispensable dans le contexte actuel. À défaut, l'inclusion de ces mesures nouvelles dans l'ONDAM implique la poursuite, inacceptable, des plans d'économie pour l'hôpital public.

REMETTRE À NIVEAU LE FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE EN FIXANT SA PROGRESSION AU NIVEAU DE L'ONDAM, ET EN CHANGEANT D'URGENCE LE MODE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS POUR DAVANTAGE D'ÉQUITÉ

2

CONSTAT

Le constat partagé par tous les rapports de ces derniers mois (Aubert, IGAS) est que la psychiatrie est sous-financée par rapport aux autres secteurs du soin, mais aussi par rapport au secteur privé lucratif.

- Ainsi, sur les dernières années, les ressources de la psychiatrie de service public ont progressé 80% moins vite que l'ONDAM hospitalier. Cette dynamique différente représente environ 700M€ en moins pour la psychiatrie de service public.
- D'autre part, le rapport Aubert a rappelé que les ressources de la psychiatrie de service public ont progressé en moyenne de 1,2% sur les sept dernières années contre 3,2 % pour le secteur privé lucratif.

Les causes de ce sous-financement relèvent d'un arbitrage national, mais aussi de la coexistence de deux modes de financement distincts respectivement pour le secteur privé lucratif (prix de journée) et le secteur public (dotation annuelle), qui donnent plus de souplesse au secteur privé au détriment du public.

PROPOSITIONS DE LA FHF

La FHF soutient le principe d'une réforme du modèle de financement. Et parce qu'il y a urgence à changer un système qui dysfonctionne, la FHF, l'ensemble des conférences de médecins et de directeurs et l'Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM) ont formulé ensemble trois demandes (courrier d'octobre 2019) :

- La réforme doit entrer en vigueur dès 2021, car il y a urgence.
- Les taux d'évolution des ressources du secteur privé OQN et de la DAF de service public doivent converger et être identiques dès 2020, et les ressources du service public doivent progresser au même rythme que l'ONDAM hospitalier.
- L'enveloppe du service public, historiquement sous-dotée, doit être « rebasée » à hauteur de 5% lors de l'entrée en vigueur du modèle, pour en faire véritablement l'an II de la psychiatrie publique.

Pour une réelle reconnaissance financière de la notion de parcours

Les propositions pour le financement de la psychiatrie publique peuvent être largement reprises pour **les activités de SSR :**

- Entrée en vigueur dès 2021 (forte attente de cette réforme depuis 15 ans et nécessité d'une lisibilité pour les acteurs) ;
- Taux d'évolution convergent dès 2020 public/privé lucratif et calé sur celui de l'ONDAM hospitalier ;
- Mode de financement plus équitable pour sortir d'une situation aujourd'hui inéquitable.

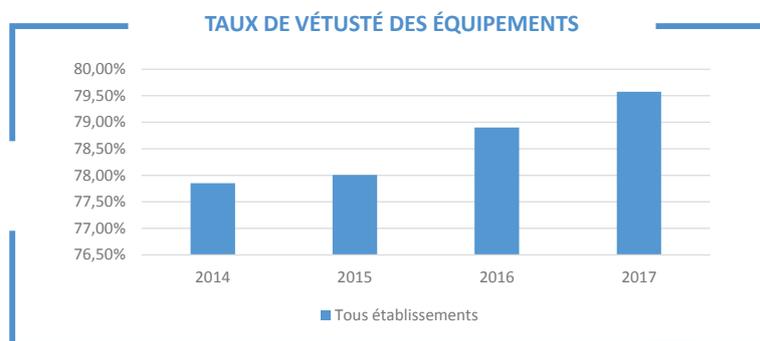
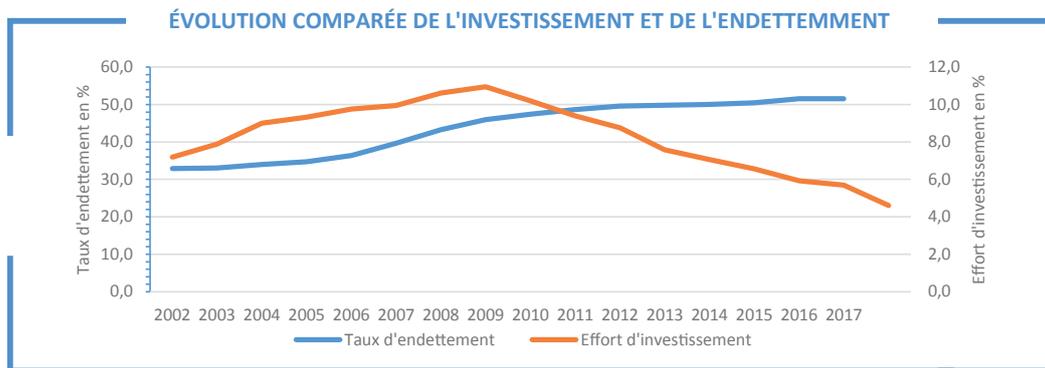
Autre enjeu de financement au parcours : **le forfait « pathologies chroniques » concernant le diabète.**

Alors même que le patient diabétique est principalement suivi en-dehors de l'hôpital, et que le financement de l'hôpital est déjà largement forfaitisé pour cette pathologie, le gouvernement a pris le parti de ne traiter que la partie hospitalière, à rebours de la logique de parcours et de la nature de la pathologie.

En outre, les professionnels médicaux ont formulé des propositions concernant la gradation des soins et le niveau plancher des tarifs (calé sur ceux validés pour la prise en charge de la maladie rénale chronique). Il ne serait, en effet, pas compris par la communauté hospitalière publique que la maladie rénale chronique, prise en charge aux 2/3 par le secteur privé lucratif, bénéficie de tarifs plus élevés que le diabète, pris en charge aux 4/5 par le secteur public.

CONSTAT

En 20 ans, le niveau d'investissement à l'hôpital n'a jamais été aussi bas et a été divisé par deux depuis 10 ans. La moitié des hôpitaux investissent moins chaque année que le seuil minimal recommandé (3%). En parallèle, la dette des hôpitaux a augmenté de 40% en 10 ans dans le cadre de plans nationaux et pour maintenir un niveau minimal d'investissement, alors que les bâtiments et surtout les équipements voyaient leur taux de vétusté augmenter dangereusement.



PROPOSITIONS DE LA FHF

Le gouvernement a annoncé le 20 novembre une reprise d'un tiers de la dette des hôpitaux publics (10 milliards d'euros) sur 3 ans, par la loi, et dès 2020, pour permettre aux établissements d'investir.

Il s'agit désormais de donner corps à cette annonce forte, qui ne doit pas être annihilée par des mécanismes techniques la vidant de son sens. La reprise de la dette n'est en effet pas une fin en soi. Aussi la FHF est particulièrement vigilante et formule des propositions très concrètes à cet égard :

- La reprise de dette implique en toute hypothèse de **sortir la dette du bilan des établissements concernés**, c'est-à-dire de libérer des capacités d'investissement et de ne plus faire supporter les charges d'intérêt correspondantes en exploitation. Cet aspect est fondamental.
- D'autre part, la reprise de la dette doit **s'organiser autour de critères objectifs**, qui assurent un équilibre entre territoires et permettent réellement de relancer l'investissement autour de projets pertinents et rigoureux. Il s'agit de tenir compte du positionnement des établissements dans l'offre de soins, de leur patrimoine, de leur capacité à investir et de leur situation financière.

MENER UNE RÉFORME AMBITIEUSE DU GRAND ÂGE, AFIN DE SAUVER ET DE TRANSFORMER L'OFFRE PUBLIQUE

CONSTAT

Comme les autres acteurs du secteur, la FHF souhaite faire part de ses inquiétudes au sujet de la préparation du projet de loi grand-âge et autonomie :

● **SUR LE CALENDRIER :**

Aucun calendrier précis n'est annoncé à ce jour alors qu'il était initialement prévu que le projet de loi soit présenté en Conseil des ministres avant la fin 2019.

● **SUR LA MÉTHODE :**

Absence de concertation sur le projet de loi, pas d'association des acteurs y compris sur la définition du périmètre.

● **SUR LES GRANDS ARBITRAGES ATTENDUS :**

Si certaines grandes orientations paraissent actées sans que les modalités techniques ne soient définies (fusion des sections tarifaires), plusieurs sujets majeurs doivent faire l'objet d'arbitrages de la part des pouvoirs publics : mobilisation de ressources pérennes supplémentaires pour financer la réforme, gouvernance et pilotage du secteur médico-social.

La forte inquiétude porte sur la situation particulière des établissements publics médico-sociaux (EHPAD SSIAD) mais concerne aussi les unités de soins de longue durée (USLD) : différences de charges des secteurs public et privé, nécessité d'un plan de modernisation et d'investissement fléché vers le secteur public...

C'est la quadruple peine pour le secteur public :

- Les abattements de charges sociales (7 à 8% de la masse salariales depuis le 1^{er} octobre) sont injustement réservés aux établissements du secteur privé alors que ces derniers peuvent librement augmenter leurs tarifs.
- Le tarif hébergement acquitté par l'utilisateur chaque mois est en moyenne 500€ moins cher dans le secteur public que dans le secteur privé.
- Le secteur privé fixe ses prix et laisse, dans la majorité des territoires, le secteur public porter seul l'accès aux EHPAD des personnes âgées modestes (aide sociales).
- Le secteur privé a un accès illimité aux marchés financiers quand le secteur public a vu se réduire drastiquement les aides à l'investissement.



PROPOSITIONS DE LA FHF

- Faire bénéficier le secteur public des mêmes abattements de charges sociales que le secteur privé.
- Lancer enfin le grand plan d'investissement fléchés sur le secteur public que préconise le rapport Libault : aide massive à la modernisation architecturale et aux nouvelles technologies en contrepartie du regroupement des acteurs publics.
- Renforcer les effectifs : établissement d'un calendrier pluriannuel d'objectifs progressifs de recrutement supplémentaires financés.

Ces demandes sont une question de vie ou de mort pour les EHPAD publics qui, à défaut, seront privatisés dans les cinq ans avec d'énormes conséquences pour les citoyens les plus modestes.

CONSTAT

Depuis plusieurs années, un constat partagé a été posé sur des variations de taux de recours d'actes ou de pratiques médicales dans les territoires, qui ne seraient pas toujours justifiées par des différences démographiques ou épidémiologiques. L'Assurance maladie estime à 20% ou 30% des dépenses totales de santé concernent des actes non adaptés ou ne respectant pas la qualité des prises en charge.

La FHF considère que la pertinence est un enjeu majeur et déterminant pour l'avenir du système de santé et des hôpitaux, et agit déjà en cohérence avec cette analyse :

- En soutenant et en contribuant à la démarche sur la pertinence des soins entièrement portée par les professionnels de terrain et les patients en France, « Choisir avec soin France » ;
- En s'engageant fortement dans la mise en œuvre du principe de responsabilité populationnelle sur cinq territoires expérimentateurs. Il s'agit, par une analyse extrêmement innovante de l'état de santé d'une population sur un territoire, d'associer tous les acteurs (collectivités, professionnels libéraux, associations, patients, établissements) afin de réduire les hospitalisations évitables et d'éviter les actes inutiles.



PROPOSITIONS DE LA FHF

L'enjeu d'inscrire au cœur de toutes les politiques de santé l'enjeu de la pertinence.
Pour cela, la FHF propose de :

- **Analyser à terme de façon exhaustive les variations de pratiques** (surconsommation et sous-consommation) dans chaque territoire, et de sanctionner financièrement la non pertinence pour améliorer la qualité des soins et **réorienter utilement les ressources**.

De façon très concrète, la FHF produit des analyses fine des taux de recours et propose une méthode d'estimation du coût de la non pertinence par type d'acte. Il s'agit de commencer avec certains actes : cataractes, césariennes, chirurgie bariatrique.

- Financer les actions de prévention des établissements de santé sur le fondement d'une partie des économies dégagées.
- **Développer le modèle de responsabilité populationnelle à travers un modèle de financement spécifique**, qui permet de restituer aux acteurs de santé une partie des dépenses évitées par un meilleur travail sur une population donnée, sous réserve d'atteinte d'objectifs rigoureux préalablement fixés.

La démarche expérimentale de responsabilité populationnelle sur cinq territoires pionniers (l'Aube et le Sézannais, la Cornouaille, les Deux-Sèvres, le Douaisis et la Haute-Saône) porte ses fruits, avec des premiers résultats significatifs en termes d'amélioration du parcours patient et des services apportés à la population.

ADAPTER LE MODÈLE DE FINANCEMENT POUR Y INTÉGRER L'ENJEU DU FINANCEMENT DE LA PRÉVENTION

CONSTAT

La prévention est une mission essentielle au sein de nos établissements de santé qui se sont investis et mènent une diversité d'actions (alimentation, activité physique adaptée, suivi adaptée des personnes âgées et personnes atteintes de maladies chroniques...). Toutefois, malgré l'importance de cet objectif de santé publique, le modèle de financement n'est pas adapté et les actions de prévention des établissements ne sont financées qu'à la marge et de manière non pérenne.

La FHF a réalisé la première enquête sur l'organisation de la prévention à l'hôpital et cette dernière pointe la difficulté pour les établissements de structurer des démarches de prévention pérennes du fait des financements.

Plus de la moitié des établissements ont mis en avant que le manque de financement pérenne est le premier frein à la pérennisation et au développement de la prévention.

PROPOSITIONS DE LA FHF

Il est en conséquence nécessaire d'adapter le modèle de financement pour y intégrer l'enjeu de la pertinence et du financement de la prévention. À ce titre, et dans le cadre du nouveau volet de lutte contre la non-pertinence des actes du CAQES à venir, la FHF propose que l'économie ainsi dégagée serait reversée à l'ONDAM hospitalier, dans l'idée de valoriser la non réalisation d'actes inutiles. Une partie de ces économies financerait **un fonds de prévention au niveau national** visant à apporter un financement pérenne aux actions de prévention menées au sein des établissements de santé.

AVOIR UNE AMBITION FORTE ET DES MOYENS POUR LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ, AU SERVICE DU PARCOURS DES PATIENTS

CONSTAT

Les hôpitaux de proximité contribuent au premier niveau de gradation des soins hospitaliers et font partie intégrante d'un collectif de soins au service du patient visant à garantir des services de qualité et de proximité.

PROPOSITIONS DE LA FHF

Suite à l'engagement de la Ministre des solidarités et de la santé à dégager 100 M€ d'euros en 2020, il convient que les ARS s'en saisissent sur deux axes :

- Remédicalisation de certains hôpitaux de proximité pour servir d'amont et d'aval aux services d'urgence en matière gériatrique.
- Alimenter les dotations complémentaires des hôpitaux de proximité sur les missions innovantes en lien avec le territoire (équipes mobiles, éducation thérapeutiques supports médico-techniques aux EHPAD et établissements sociaux et médico-sociaux, handicap...).

La FHF souhaite également un dispositif de gouvernance médicale partagée ville / hôpitaux de proximité qui permette la circulation de l'information et le portage de projet territoriaux conjoint avec les acteurs médicaux et paramédicaux de ville.

PRENDRE DES MESURES SPÉCIFIQUES, PRAGMATIQUES ET IMMÉDIATES POUR L'OUTRE-MER

PROPOSITIONS DE LA FHF

- Application du coefficient géographique aux missions d'intérêt général (MIG) qui n'en bénéficient pas.
- Adapter la prime d'exercice territorial à l'exercice hospitalier ultramarin (PET) : dans certains territoires ultramarins, les professionnels médicaux garantissent l'accès aux soins au travers de « missions », parfois de plusieurs semaines consécutives, dans des structures parfois très éloignées de leur établissement : centres et postes de santé dépendants du CH de Cayenne ; praticiens de La Réunion allant exercer à Mayotte sur une période déterminée.
- Compensation du coût de la sur-rémunération des internes affectés en stage extrahospitalier non supporté par la Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI).



1 bis rue Cabanis – 75993 Paris cedex 14

T. + 33 (0)1 44 06 84 44 – fhf@fhf.fr

www.fhf.fr

