

REAGIR

Pour un service public offensif

Les propositions du SNCH

Décembre 2006

REAGIR

Pour un service public offensif

Sommaire

Introduction

| | |
|--|----|
| | 3 |
| Fiche 1 Mettre la santé au centre des enjeux politiques | 5 |
| Fiche 2 Une loi de programmation pour l'hôpital | 8 |
| Fiche 3 Pour relever le défi du vieillissement : inventer les filières gériatriques de demain | 10 |
| Fiche 4 Pour un service public efficient : un financement équitable pour l'hôpital | 12 |
| Fiche 5 Pour un service public attractif : modifier profondément les modes de rémunération | 14 |
| Fiche 6 Pour un service public réactif : pilotage collégial et décideur unique | 17 |
| Fiche 7 Construire l'hôpital du futur : l'impact des nouvelles technologies, le concept d'hôpital durable | 18 |
| Fiche 8 Le devoir humanitaire de l'hôpital | 20 |
| Fiche récapitulative des propositions du SNCH | 21 |

Regarder la réalité en face

Chacun en pressent le risque : si les professionnels n'interpellent pas les candidats à l'élection présidentielle, l'hôpital – service public préféré des Français - sera absent de la campagne. Naturellement, nous aurons notre lot de formules générales et séduisantes. Mais nous serons privés de prise de positions claires directement applicables dans les semaines qui suivront l'élection.

Les responsables politiques sont certes conscients de la montée en puissance des questions de santé. Mais ils redoutent de se saisir du chaudron hospitalier, de ses contradictions et de ses multiples corporatismes. Il est tentant pour eux de se ménager un sursis supplémentaire pour différer des décisions pourtant urgentes.

L'hôpital a besoin de choix politiques

Les établissements publics de santé n'ont pourtant pas de temps à perdre. Des décisions rapides devront être prises dans les six mois qui suivront l'élection.

Quatre clignotants témoignent de cette situation d'urgence :

⇒ La crise financière du système de santé

La capacité à financer durablement le système universel qui est le nôtre et auquel nous sommes viscéralement attachés constitue à la fois un facteur d'inquiétude et le défi majeur des prochaines années.

⇒ Le défi du vieillissement.

Le vieillissement met en cause nos mécanismes de financement mais aussi la difficulté culturelle à sortir de l'hospitalo-centrisme pour partir du besoin du sujet âgé.

⇒ Le choc démographique.

Alors que de très nombreux départs en retraite vont intervenir, soit l'hôpital s'arme pour recruter les meilleurs dans les années qui viennent, soit il sera cloué au sol pour plusieurs décennies.

⇒ L'effondrement de la chirurgie publique.

Cette crise touche aujourd'hui aussi bien les centres hospitaliers généraux que les centres hospitaliers universitaires.

Au total, le risque existe d'aboutir rapidement à un service public marginalisé, réduit à ce que les autres ne veulent pas faire. Le service public serait alors enfermé dans un ghetto qui se réduirait à la prise en charge des urgences et des activités non rentables d'une part et la gestion de crise d'autre part. Il en serait alors fini du libre choix du patient et de l'éventail des activités actuelles de l'hôpital. Le problème de l'accès aux soins serait posé par un secteur 2 de fait monopolistique.

La responsabilité des cadres hospitaliers

Le projet du SNCH repose sur une conviction, résulte d'une méthode et porte une ambition.

- ⇒ Le SNCH a la **conviction** qu'il est possible de concilier redressement des comptes sociaux et modernisation de l'hôpital public. Les dirigeants et les cadres hospitaliers veulent sauver la Sécurité sociale pendant qu'elle existe encore. Ce défi exige des outils, pour partie nouveaux, que nous proposons.
- ⇒ La **méthode** qui sous-tend notre projet est délibérément iconoclaste. Elle consiste à privilégier une approche pragmatique plutôt que de faire son miel de débats quasi théologiques, dont l'intérêt pratique est souvent limité. Le projet vise donc à apporter réponse aux problèmes qui se posent sans souci de positionnement tactique. Nous n'avons plus le temps de ce type de raffinement. Second parti pris, nous abordons sans détour le problème de l'intérêt à agir des professionnels plutôt qu'un raisonnement en terme de structures qui a démontré par le passé sa faible efficacité.
- ⇒ Notre **ambition** est claire : elle consiste à construire les conditions concrètes et précises d'un **service public offensif**.

Un tel service public doit répondre pour le SNCH à **trois critères** : il doit s'agir d'un service public **efficace**, d'un service public **attractif** et d'un service public **réactif**.

Naturellement, une telle ambition comporte un préalable fondamental, une sorte de **pacte fondateur** que nous voulons croire encore possible : le temps est venu de **dépasser les guerres tribales** qui tuent l'hôpital de l'intérieur, les petits jeux corporatistes pour faire le choix de nos établissements et de leurs usagers.

Pour le SNCH, il faut **doter l'hôpital d'une colonne vertébrale managériale** et il faut donner aux dirigeants ainsi qu'aux cadres hospitaliers **les outils de management dont ils sont aujourd'hui privés**.

Il y aura un avenir pour les établissements de santé si la réforme engagée est juste, empreinte de réalisme et de courage. Les dirigeants et les cadres hospitaliers ne veulent pas d'une énième réforme. Ils veulent être dotés des leviers dont ils ont besoin.

Notre projet aborde **huit priorités**.

L'hôpital public et le secteur médico-social peuvent s'en sortir mais ils ont besoin de décisions rapides et courageuses.

Mettre la santé au centre des enjeux politiques

En 20 ans, les missions de l'hôpital ont été révolutionnées

Historiquement, l'hôpital public a deux missions principales.

- ⇒ En premier lieu, il a vocation à être un acteur de santé essentiellement de recours. Il doit prendre en charge les pathologies lourdes, les accidents importants de la vie. Aujourd'hui, cette première mission demeure plus que jamais. Elle nécessite une adaptation accrue en raison du progrès technologique et scientifique qui caractérise notre époque.
- ⇒ En deuxième lieu, l'hôpital public doit également assumer une mission sociale pour les populations fragilisées. Chacun ressent à quel point il est aujourd'hui essentiel que le service public assume cette mission alors que notre société est parcourue par des tensions inédites.

L'hôpital doit cesser d'être la variable d'ajustement du système de santé

Mais parallèlement, une dérive est progressivement apparue : une troisième mission s'est subrepticement installée.

Elle consiste à faire assumer par l'hôpital public ce que d'autres acteurs auparavant réalisaient. En vingt ans, nous sommes passés de l'hôpital pivot à l'hôpital par défaut :

- ⇒ pour la population, l'hôpital (service public préféré des Français) est synonyme de sécurité ;
- ⇒ chez les professionnels libéraux, un désengagement progressif du rôle de premier recours (notamment la nuit et week-end) s'est produit avec une aspiration à une activité de plus en plus programmée.

A contrario, la population veut un accès rapide et permanent aux soins et vient à l'hôpital pour des événements mineurs comme une angine, une chute dans une cour de récréation ou tout simplement pour parler.

Or cette mission par défaut menace de mettre en péril les deux missions principales. Face à cette évolution, l'hôpital ne parvient plus à faire le grand écart.

Pour le SNCH, l'hôpital public a besoin d'une politique de santé qui fasse des choix.

Nos propositions :

► Renforcer l'action de l'Etat pour sortir du millefeuille administratif

Doter la santé d'un ministre d'Etat.

La santé est à la fois un enjeu majeur de l'époque qui s'ouvre, une priorité quotidienne pour les Français et au centre de la gestion de crises sanitaires croissantes. La santé est devenue une mission essentielle de l'Etat au même titre que l'éducation, la justice et la sécurité. L'autorité du ministre de la Santé doit être renforcée au sein du gouvernement et non diluée dans toute nouvelle agence nationale de santé.

Créer enfin des Agences Régionales de Santé pour redonner une cohérence à l'Etat au plan territorial.

Aujourd'hui l'hospitalisation est placée sous l'autorité du Directeur d'Agence Régionale, le programme régional de santé publique sous l'autorité du Préfet, la médecine de ville est sensée être régulée par la CRAM. Il convient d'unifier les différents services de l'Etat et de l'assurance maladie sous une même autorité.

► Traiter enfin la crise démographique

Le choc démographique qui s'annonce résultera de départs en retraites massifs dans les cinq ans à venir. Ces départs vont accroître l'inégalité criante de répartition des médecins sur le territoire et par là même hypothéquer l'accès aux soins.

Deux décisions courageuses devront être prises rapidement :

- ⇒ Mettre des médecins là où il y a des malades : moduler au niveau de chaque région la valorisation des actes médicaux en fonction de la densité médicale.
- ⇒ Avancer résolument vers une délégation de certains actes médicaux aux professionnels paramédicaux

► Redéfinir les missions de l'hôpital de façon à décongestionner les urgences

Il faut intéresser les établissements de santé à une réduction du volume des passages aux urgences voire des hospitalisations qui en sont induites, à l'instar des RMO aux Etats-Unis.

A cet égard, le mode de rémunération des urgences hospitalières est à revoir de fond en comble. Il faut inciter financièrement l'hôpital à réduire les flux qui s'adressent aux urgences et préserver une capacité pour l'hôpital à développer une activité programmée.

► Remettre la permanence des soins en ordre de marche

On ne peut bénéficier du financement public de la santé sans accepter certaines missions d'intérêt général.

⇒ Il faut avoir le courage de déconventionner les professionnels libéraux qui s'exonèrent, sans raison valable, de la permanence des soins.

► Mettre les industriels de la santé dans une logique d'effort

Le système de santé présente un paradoxe qui n'est pas propre à la France : les acteurs de santé sont soumis à des contraintes multiples et contradictoires, les métiers qui interviennent à la périphérie du soin accumulent les bénéfices. Force est de constater qu'aujourd'hui les bénéfices sont pour le privé, les déficits sont pour la Sécurité sociale, les dettes sont pour nos enfants.

- Faire financer par la Sécurité sociale et les hôpitaux la formation médicale continue des médecins afin de sortir du mélange des genres.
- Dérembourser les médicaments dont l'efficacité thérapeutique n'est pas reconnue par la Haute Autorité de Santé.
- Réglementer et limiter la politique marketing de l'industrie pharmaceutique en particulier la présence hors de mesure des visiteurs médicaux dans les établissements de santé.

Fiche 2

Une loi de programmation pour l'hôpital

Sauver la sécurité sociale pendant qu'elle existe encore

La santé est, avec les nouvelles technologies, au cœur du 21^{ème} siècle. Pour l'historien de la longue durée, notre époque se caractérisera d'abord par la progression sans précédent de l'espérance de vie (un trimestre par an en France), et son corollaire, le vieillissement de la population.

La progression du besoin de santé, des activités et des technologies de santé ne fait pas de doute.

Quelle sera notre capacité à préserver le système universel auquel nous sommes attachés ? Pourrons-nous transmettre à nos enfants un système qui offre à tous, sans distinction aucune, les dernières avancées de la science ? Ou, au contraire, devons nous assister à la fin de cette universalité ?

Le cadre annuel du PLFSS dépassé et pas respecté

Premier constat. A l'heure de la LOLF, le prisme annuel du PLFSS restreint le débat parlementaire sur la santé et particulièrement en ce qui concerne l'hôpital. Le cadre annuel ne permet pas l'adéquation, à moyen terme, des ressources allouées et des objectifs assignés. L'annualité du PLFSS est dépassée.

Second constat. Malgré le PLFSS, aujourd'hui, les dirigeants et les cadres hospitaliers ne disposent même pas d'une simple vision annuelle de leurs budgets. En effet, ils se trouvent souvent soumis à des allocations budgétaires au fil de l'eau. Ainsi il existe une déconnexion entre le cadrage budgétaire et la tendance des pouvoirs publics à se livrer à une présentation séquencée, priorité par priorité : périnatalité, soins palliatifs, cancer, lutte contre les infections nosocomiales... Le cadre annuel du PLFSS n'est pas respecté.

L'absence de lisibilité pour les dirigeants hospitaliers

Cette situation est préjudiciable au redressement de l'assurance maladie.

Elle entraîne de plus des interrogations, des frustrations et de la démotivation chez les dirigeants et cadres hospitaliers ainsi que chez l'ensemble des acteurs hospitaliers.

La pluri-annualité indispensable

Il est par conséquent essentiel de sortir du stop and go budgétaire pour faire entrer l'hôpital dans un pilotage pluri annuel fondé sur une loi de programmation.

La recherche de gain de productivité nécessite en effet une démarche pluriannuelle de réorganisation en profondeur des services.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire paralysés

Il n'y a pas aujourd'hui d'articulation entre le nécessaire redressement des comptes sociaux et la couverture du besoin de santé qu'incarnent les Schémas Régionaux d'Organisations Sanitaires (SROS).

Ce découplage est dangereux. Il peut donner l'illusion d'une contrainte budgétaire passagère et d'un redressement providentiel de la situation. Il a toutes les chances de se traduire par une couverture partielle et inégale du besoin de santé, faute de moyens.

Nos propositions :

► Une loi de programmation pour l'hôpital

Le SNCH préconise le choix du redressement par la responsabilisation des acteurs.

A partir de projections macro-économiques compatibles avec le redressement des comptes publics, une loi de programmation fondée sur une véritable étude de faisabilité permettrait de piloter le système au niveau national tout en dotant les hospitaliers d'une vision pluri-annuelle de leur budget.

Cet objectif de dépenses pluri-annuel serait révisé annuellement en fonction de la croissance constatée.

► Traiter la dépense externe de l'hôpital

La dépense de l'hôpital réalisée en ville représente 10,3 milliards d'euros, soit 17 % de budget de l'hospitalisation publique et privée.

- ⇒ Les affections de longue durée (ALD) représentent 4 milliards de dépenses. Selon l'assurance maladie, 10 à 15% des prescriptions sont inscrites à tort en ALD. Pourtant il n'est pas possible pour les hôpitaux de contracter de bonnes pratiques avec les CPAM sur ce sujet.
- ⇒ Les transports sanitaires représentent une dépense de 2 millions d'euros par an dont les 2/3 sur prescription hospitalière. A l'initiative des pouvoirs publics, des actions fortes de sensibilisation des acteurs hospitaliers et de la population doivent être menées à l'image de ce qui a été fait pour les antibiotiques.

Il convient donc de traiter le vrai périmètre de la dépense hospitalière et faire entrer les établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés dans une démarche gagnant-gagnant. Une démarche globale et pluri-annuelle doit remplacer le rationnement actuel.

Fiche 3

Pour relever le défi du vieillissement : inventer les filières gériatriques de demain

En l'absence de filières gériatriques organisées, il n'y aura pas de bonne réponse au besoin de santé du sujet âgé, la crise financière de l'Assurance maladie sera précipitée, les activités programmées de l'hôpital seront définitivement asphyxiées.

Un mouvement sans précédent de vieillissement de la population

Aujourd'hui, 1 Français sur 5 a plus de 60 ans.
Dans 30 ans, 1 Français sur trois aura plus de 60 ans.

Cette évolution implique une augmentation du recours aux soins ambulatoires ainsi qu'aux services médico-sociaux. Elle soulève également le problème de la dépendance et de son financement. En 2020, la France comptera un million de personnes âgées dépendantes et selon la Cour des Comptes la dépense publique consacrée aux personnes âgées aura doublée.

Un savoir faire à part entière

La prise en charge du sujet âgé nécessite une approche globale qui doit articuler les soins et l'accompagnement médico-social dans un projet de vie individuel. Il convient d'en tirer les conséquences et de rompre avec l'hospitalo-centrisme en adoptant une approche globale et territoriale qui doit mettre en lien les soins de proximité et l'hôpital en partant du lieu de vie de la personne âgée plutôt que du service des urgences.

Des problématiques différentes mais indissociables

Le sanitaire et le social obéissent à des législations distinctes, des organisations administratives spécifiques, des financements propres et des approches différentes. Force est pourtant de constater que la population concernée est unique.

Des filières gériatriques encore balbutiantes

Les filières gériatriques sont encore trop centrées sur les problématiques des structures et des centres hospitaliers. Elles doivent au contraire partir des besoins de la personne et de son domicile. Des filières gériatriques doivent être développées entre les structures de soins ambulatoires, les établissements médico-sociaux et les hôpitaux.

Des outils de planification disparates

Il n'y a pas aujourd'hui de cohérence entre les différents schémas de planification : schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) d'un côté, Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) de l'autre.

Aussi, il n'est pas possible d'assurer une cohérence dans les prises en charge. Le rapprochement des SROS et des PRIAC est nécessaire pour garantir une efficacité des politiques à destination des personnes âgées.

Le goulet d'étranglement de la sous médicalisation

La sous médicalisation persistante des services de soins à domicile et des maisons de retraite est un problème majeur. Les établissements ou les structures sous médicalisés ne peuvent constituer une orientation viable pour un grand nombre de personnes, limitant d'autant la fluidité de la filière. Cette situation constitue un obstacle à une prise en charge humaine et peu coûteuse de la personne âgée. Cette sous médicalisation a pour conséquence un recours aux plateaux techniques de court séjour pour un coût prohibitif et une prise en charge inadaptée.

Pour anticiper le vieillissement de la population, il faut tirer les leçons du recours excessif actuel à l'hospitalisation. Si cette leçon n'est pas tirée, ce phénomène de société reproduira des solutions inadaptées pour les personnes et sera fatal pour l'assurance maladie.

Une iniquité flagrante de financement des investissements avec le privé

En matière d'investissements, les établissements publics et privés ne sont pas dans une situation équitable. Les établissements privés récupèrent la TVA.

Les établissements relevant de la fonction publique hospitalière acquittent 19,6 % de TVA, sauf dans certaines hypothèses très spécifiques. Cette iniquité handicape considérablement l'investissement public.

Nos propositions :

- ▶ **Ouvrir sans attendre la réflexion sur le financement de la dépendance c'est-à-dire le financement du 5^{ème} risque**
- ▶ **Bâtir, dans le cadre des Agences régionales de santé, de vraies filières gériatriques regroupant les structures de soins ambulatoires, les établissements médico-sociaux et les hôpitaux**
 - ⇒ par le développement et la médicalisation de structures de soins à domicile (SSIAD) intégrées dans la filière gériatrique
 - ⇒ par la mise en cohérence des planifications SROS et PRIAC (Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie)
 - ⇒ par l'élaboration d'un projet de territoire de la filière gériatrique
 - ⇒ par le regroupement des établissements
- ▶ **Conforter la place des hôpitaux locaux dans l'offre de soins**
 - ⇒ par leur intégration dans les SROS
 - ⇒ par le développement de la possibilité de recours à des médecins salariés
- ▶ **Instaurer un mode de financement des investissements équitable avec le privé grâce à la récupération de la TVA**

Pour un service public efficient : un financement équitable pour l'hôpital

T2A : exiger un financement équitable avec le privé

La tarification à l'activité (T2A) est l'objet de nombreuses critiques. Mais qui regrette l'enveloppe fermée qu'était la dotation globale de fonctionnement ? Ce mode de financement dissuadait l'hôpital de se battre pour défendre ses parts de marché, puisqu'il incitait à une limitation du nombre de patients pris en charge. Sur vingt ans, la DGF a été l'un des facteurs qui a contribué à la perte de 20 points de parts de marché pour la chirurgie publique. On connaît défense plus efficace du service public...

Par delà les incantations, la vision pragmatique d'un service public offensif implique un lien fort entre activité et budget. Si la T2A demeure cantonnée à 50 % pour l'hôpital public alors que le secteur privé est à 100%, l'hôpital public sera cloué au sol et le développement de toute activité nouvelle dans le secteur public sera entravé. Pendant ce temps, le privé pourra lâcher les chevaux.

La fin des « anciennes » chasses gardées du secteur lucratif

Il est de notre responsabilité de refuser la résignation. Les partages d'activité intervenus depuis 20 ans ne sont pas intangibles. Ils résultent d'un contexte et de choix ou de non choix particuliers. Un financement à l'activité pour le public doit permettre de lutter à armes égales avec le secteur privé et dès lors sonner la fin des chasses gardées. Les cartes de la chirurgie doivent être rebattues. La liberté de choix du patient et l'accès aux soins doivent être préservés.

Prévenir de « nouvelles » chasses gardées pour le secteur lucratif

L'impossibilité actuelle pour le secteur public d'organiser sa filière de soins de suite se révèle catastrophique. La faiblesse de l'aide à la contractualisation à la disposition des ARH et l'absence de passage des soins de suite sous tarification à l'activité revient à concéder de fait une activité stratégique au privé, financé lui intégralement à l'activité. Cette situation est très préoccupante car elle porte en germe l'embolisation des plateaux techniques des hôpitaux publics.

Réévaluer les missions de service public

Les missions de service public sont évaluées par forfaits (urgences, équipes mobiles etc.). Mais le fonctionnement des urgences et la montée en puissance des crises sanitaires a un impact fort sur une partie des moyens d'hospitalisation. Tout hôpital public prend en charge dans des lits de spécialités des personnes âgées en attente de placement. Tout hôpital public doit pouvoir faire face à un plan blanc.

Rompre avec la convergence et en finir avec l'enveloppe unique

Chacun sait désormais que la convergence des tarifs entre l'hospitalisation publique et privée ne repose pas sur une méthodologie rigoureuse. Le rapport de l'IGAS puis le dernier rapport de la Cour des Comptes mettent en cause la méthode qui fonde la convergence.

Les Français savent aujourd'hui que l'hôpital public ne coûte pas plus cher que les cliniques à but lucratif, à contraintes et à périmètre comparables.

L'enveloppe unique de financement sort décrédibilisée de l'année 2006. L'explosion d'activité du secteur à but lucratif en 2006 démontre que l'enveloppe unique recycle vers le privé les crédits de l'hôpital public. La baisse des tarifs de ce secteur, visant à une économie de 60 millions d'euros, est très loin de compenser le dérapage d'activité évalué à 300 millions d'euros pour cet exercice.

Nos propositions :

- ▶ Instaurer deux enveloppes distinctes de financement pour l'hospitalisation publique et privée
- ▶ Remettre en cause le dogme de la convergence des tarifs
- ▶ Réévaluer le coût des missions de service public
- ▶ Stabiliser les règles de la T2A de façon à donner une lisibilité aux dirigeants hospitaliers
- ▶ Accélérer la montée en charge de la T2A et l'étendre très rapidement aux soins de suite

Pour un service public attractif : modifier profondément les modes de rémunération

Le défi démographique : l'hôpital désarmé

Dans les cinq ans à venir, de nombreux départs en retraite vont intervenir dans tous les métiers de l'hôpital : métiers médicaux, métiers d'encadrement, métiers soignants.

L'alternative est simple : soit l'hôpital recrute les meilleurs, soit il sera cloué au sol pour 20 ans. Si nous ratons cette échéance, tous les discours sur la grandeur du service public seront incantatoires.

Pour le recrutement médical, le risque de perte de substance est double :

- ⇒ Les centres hospitaliers perdront les meilleurs chefs de cliniques captés par le privé ;
- ⇒ Les centres hospitaliers universitaires n'auront pas la masse critique suffisante. Les internes devront se former pour les actes courants de chirurgie dans le privé. La France aura de grandes difficultés pour aligner des équipes médicales d'excellence. Les hauts potentiels seront nécessairement tentés par l'expatriation.

L'effondrement de la chirurgie publique

Les choix à l'internat dans les disciplines à forte pénibilité et à risque contentieux sont rares et préoccupants : obstétrique, réanimation et enfin la chirurgie.

Pour ce qui concerne la chirurgie, les CHU se retrouvent, hormis quelques spécialités spécialisées, avec des parts de marché faibles (parfois de l'ordre de 20%) faute d'avoir su organiser des filières de recrutement. Les CHU se retrouvent aujourd'hui dans un choc frontal avec un secteur privé concentré et véloce.

Hors CHU, la chirurgie soit a tout simplement disparu, soit est cantonnée à l'aval des urgences (traumatologie, urgences digestives), c'est-à-dire à ce que les autres ne veulent pas faire. Trouvera-t-on demain des volontaires pour cet exercice tronqué de la chirurgie ?

La chirurgie publique se meurt dans un silence crépusculaire. Et dans l'amertume de grands professionnels qui ont consacré toute leur existence à cette discipline éminente.

La chirurgie victime des corporatismes de l'hôpital

La crise de la chirurgie publique est riche d'enseignements. Elle nous apprend que l'hôpital public est le meilleur ennemi de l'hôpital public. La chirurgie publique a été victime de l'augmentation non maîtrisée de l'activité aux urgences et des corporatismes de l'hôpital.

La situation de la chirurgie publique appelait une réaction des professionnels et des pouvoirs publics au nom du service public. Mais au nom du service public, certains se sont accrochés au mode de rémunération actuel des praticiens hospitaliers. Le poids de corporatismes et l'incapacité des politiques à les dépasser ont contribué à la situation actuelle. Sur la base de ces renoncements, une acceptation tacite s'est construite. La part variable de rémunération de 15 % du nouveau statut des praticiens hospitaliers est une réponse tardive et insuffisante à ce problème.

Le dogme a eu raison du service public.

Des écarts de rémunérations excessifs

Dans certaines disciplines médicales, l'écart de rémunération public/privé est considérable. C'est le cas des chirurgies de spécialités (ophtalmologie, urologie...). C'est le cas en oncologie ou en radiothérapie.

Le statut des praticiens hospitaliers en treize échelons linéaires n'est pas archaïque, il est préhistorique. Dans un contexte où tous les clignotants sont au rouge, certains se raccrochent en désespoir de cause à la féminisation du monde médical. Pourtant la féminisation ne traitera pas le problème car l'hôpital sera mort avant.

Les établissements dépourvus d'outils de management

Au début du 21^{ème} siècle, aucune variable de paie ne permet de moduler la rémunération des cadres en fonction des résultats atteints (à l'exception des directeurs d'hôpital) : ni pour les cadres de santé, ni pour les cadres administratifs, ni pour les cadres techniques.

Les établissements doivent passer dès 2007 des contrats de pôle. Aujourd'hui, aucun élément ne permet de motiver les professionnels et de tenir compte des résultats atteints au sein des pôles. La notation des cadres n'a toujours pas laissé place à l'évaluation. Alors que l'hôpital vit la vague de réforme la plus importante depuis au moins vingt ans, il demeure dépourvu d'outils de management.

Nos propositions :

► Sauver la chirurgie publique et les activités concurrentielles

- ⇒ Rémunérer les praticiens hospitaliers 50 % à l'acte et 50 % de façon forfaitaire
- ⇒ Assouplir la mise à disposition et le détachement pour les praticiens hospitaliers
- ⇒ Revaloriser la prime d'exercice sur plusieurs sites de façon à favoriser les stratégies de groupe au sein du secteur public
- ⇒ Permettre aux praticiens exerçant dans les centres hospitaliers d'intégrer des équipes médicales communes aux CHU et aux CH afin de favoriser l'implication du praticien hospitalier dans la recherche et les publications
- ⇒ Promouvoir des contrôles de l'assurance maladie sur les indications opératoires

► Doter enfin le service public d'outils de management

- ⇒ Permettre de payer les jours accumulés sur le compte épargne temps afin de désamorcer cette bombe à retardement
- ⇒ Donner une colonne vertébrale managériale aux établissements par l'instauration d'une part fixe et d'une part variable (régime indemnitaire) pour tous les cadres hospitaliers. Cette part variable de rémunération doit être adossée à l'évaluation qui remplacera la notation
- ⇒ Développer un intéressement des agents au sein des pôles

Pour un service public réactif : pilotage collégial et décideur unique

Le pilotage stratégique collégial

La nouvelle gouvernance hospitalière a pour objectif de renforcer le pilotage stratégique de l'hôpital et d'accroître sa réactivité. L'ensemble de la communauté hospitalière s'accorde sur ces nécessités.

Dans ce but, un conseil exécutif collégial présidé par le directeur a été créé.

Des pôles ont été constitués pour améliorer le service rendu au patient et accroître l'efficacité de l'établissement.

La responsabilité ultime et unique du directeur

Le pilotage stratégique collégial n'enlève rien à la responsabilité ultime et unique du directeur, seul représentant légal de l'établissement. La mise en cause au pénal d'un nombre croissant de directeur d'hôpital au titre de l'organisation de l'hôpital, en qualité de représentant de la personne morale, témoigne de cette réalité.

Il doit donc être doté des prérogatives lui permettant d'assumer ses responsabilités.

Au final c'est le directeur qui devra assumer les décisions prises même collégialement. Il doit donc posséder les moyens d'action nécessaires.

La réforme entravée

A cet égard, le nouveau statut des praticiens hospitaliers n'assume pas la réforme. Sous la pression, le gouvernement n'a pas été en mesure de résister à ceux qui se satisfont d'un hôpital ingouvernable et déclinant.

Au terme du nouveau statut des praticiens hospitaliers, le conseil d'administration disparaît de la procédure de nomination. Le conseil exécutif et la CME se retrouvent en concurrence pour une nomination qui engage l'établissement pour 30 ans.

Dans la logique de la nouvelle gouvernance des hôpitaux, il ne revient pas à la CME d'arrêter les choix fondamentaux qui conditionnent l'avenir de l'hôpital. Cette compétence est celle du conseil exécutif, du conseil d'administration et du directeur.

Il faut arrêter les guerres tribales pour donner un avenir à l'hôpital.

Nos propositions :

- ▶ Le directeur, représentant légal de l'établissement, prononce toutes les nominations à l'hôpital y compris des médecins.
- ▶ Le conseil exécutif affecte les personnels y compris médicaux dans les différents pôles sur la base d'un profil de postes et d'un contrat d'engagement.

Construire l'hôpital du futur : l'impact des nouvelles technologies, le concept d'hôpital durable

Les nouvelles technologies structureront l'hôpital

L'hôpital est à la croisée des sciences de la vie (biologie, génétique), du progrès médical et de toutes les nouvelles technologies (technologie de l'information, robotique, imagerie anatomique, fonctionnelle et moléculaire).

Le risque existe pour les acteurs de l'hôpital public de penser les établissements de santé en ayant les yeux dans le rétroviseur, prisonnier des schémas sociologiques éculés, d'enjeux corporatistes usés jusqu'à la corde.

Il faut au contraire anticiper l'impact de ces nouvelles technologies.

Or la technologie devient plus largement accessible (nouveau régime des autorisations, suppression de la carte sanitaire). Elle peut nous aider à affronter les défis qui sont les nôtres en termes de qualité, de sécurité ou de productivité.

Cerner les apports des nouvelles technologies

On assiste à un redémarrage de la construction d'hôpitaux dans de nombreux pays, en Europe comme aux Etats-Unis.

L'observation des expériences étrangères met en lumière plusieurs lignes de force :

- L'hôpital monobloc d'autrefois est remis en cause : déséconomies d'échelle, communication et interfaces complexes.
- La pluridisciplinarité appelle une meilleure coordination de l'information. Elle doit être facilement accessible dans l'hôpital et depuis l'extérieur. Le système d'information devient un enjeu majeur.
- La technologie doit être accessible au patient (connexion interne, nouveaux services digitaux, éducations pour la santé).
- L'impossibilité de prévoir la technologie à cinq ans conduit à faire le choix d'établissements modulaires qui seront suffisamment adaptables pour intégrer les évolutions technologiques.

A quoi ressemble l'hôpital du futur ?

Si l'on en croit les exemples étrangers, l'hôpital du futur est à taille humaine, il est plus spécialisé, il est flexible et modulaire.

Il est pensé à partir des flux de patient et des processus de prise en charge et non à partir des mètres carrés à répartir. On passe d'une logique de contenant (bâtiment) à une logique de contenu (technologie, organisation).

La technologie au service d'un service public offensif

Historiquement, l'hôpital public n'a pas été bâti autour du patient. Il a été structuré autour des grandes familles professionnelles de l'hôpital : médecins, soignants et administratifs. Chacune de ces familles a organisé un territoire.

Cette logique balkanique de l'hôpital impose aujourd'hui sous un double coup de boutoir salutaire :

- L'émergence de nouvelles attentes du patient, prise en compte par la loi Kouchner,
- Le financement de l'hôpital à l'activité qui sort les acteurs et les corporatismes d'un confort douillé mais catastrophique pour le service public.

Dans un contexte concurrentiel, un service public hospitalier offensif ne peut faire l'impasse sur trois points clés :

- La logique de circuit du patient,
- La logique de spécialisation,
- Le choc technologique et la modularité.

Le service public est condamné à intégrer ces paramètres pour sauvegarder et conquérir des parts de marché.

Promouvoir un hôpital modèle en terme d'économie d'énergie.

Les moyens de l'hôpital public doivent plus que jamais permettre de financer le progrès médical.

Pour cela, il importe de s'engager résolument dans une politique très volontariste d'économie d'énergie. Les coûts énergétiques doivent être limités de façon drastique.

Force est malheureusement de constater que les maîtres d'œuvre sont pour certains d'entre eux devenus des vendeurs de béton. La norme Haute Qualité Environnementale (HQE) est trop souvent un argument de vente qui ne fait l'objet le plus souvent d'aucun suivi.

Il faut changer de braquet quant à la maîtrise des coûts énergétiques des établissements.

Armé d'une volonté de fer, il est possible de promouvoir un hôpital efficient et durable : économe en énergie, modulaire et technologique.

Nos propositions :

- ▶ Intégrer aux nouveaux projets de construction un volet obligatoire sur le circuit du patient et les technologies.
- ▶ Poser comme condition à tout nouveau projet de construction, la présentation d'un volet sur les économies d'énergie.
- ▶ Instaurer une veille technologique nationale centrée sur le domaine hospitalier
- ▶ Dans le cadre du plan « hôpital 2012 » lancer des expérimentations intégrant un projet technologique.

Le devoir humanitaire de l'hôpital

Beaucoup de choses restent à faire pour donner un avenir à l'hôpital. Mais il est impossible de borner la réflexion sur les questions de santé à nos frontières.

Une disparité de moyens insupportable

Pour tout acteur hospitalier, un contraste insupportable existe entre les moyens que nous mettons en œuvre avec succès au quotidien et les souffrances basiques du reste de la planète. Certains d'entre nous dirigent des établissements qui disposent d'un budget équivalent à celui d'un Etat africain.

Pour un hospitalier, la valeur fondamentale est celle d'assistance. Cette valeur est la déclinaison de la place que notre civilisation accorde à la vie. Pendant combien de temps des enfants manqueront de vaccins dont le coût s'élève à un ou quelques euros alors que nous mobilisons plusieurs centaines de milliers d'euros pour un seul patient ?

Pour le SNCH, cette réalité emporte des obligations.

Une générosité largement inexploitée et des compétences à foison

Un grand nombre d'hospitaliers s'investissent dans des associations humanitaires de toutes tailles, des plus grandes aux plus minuscules. Il en existe des centaines en France. Ces associations sont utiles. Mais leur existence traduit surtout un besoin d'implication qui n'est pas satisfait.

Cette générosité inexploitée traduit d'abord une méfiance à l'égard de mécanismes perçus – à tort ou à raison – comme opaques. Ces initiatives privées sont souvent désordonnées et par nature partielle, comme l'a montré la crise du Tsunami en Asie.

Nos propositions :

► Créer une force d'action rapide sanitaire adossée à la logistique militaire.

Celle-ci serait disponible en cas de crise internationale. Elle fonctionnerait sur la base d'un contingent d'hospitaliers volontaires.

► Créer une Agence Nationale pour la coopération hospitalière.

A l'ossature très svelte, celle-ci mobiliserait sur le long court des hospitaliers volontaires et en activité pour mener des programmes pragmatiques de développement. Des transferts de compétence seraient organisés dans différents domaines. Un service civil pourrait venir compléter l'action des professionnels.

1 - Mettre la santé au centre des enjeux politiques

Renforcer l'action de l'Etat pour sortir du millefeuille administratif

- ⇒ Doter la santé d'un ministre d'Etat
- ⇒ Créer enfin des Agences Régionales de Santé pour redonner une cohérence à l'Etat au plan territorial

Traiter enfin la crise démographique

- ⇒ Mettre des médecins là où il y a des malades : moduler au niveau de chaque région la valorisation des actes médicaux en fonction de la densité médicale.
- ⇒ Avancer résolument vers une délégation de certains actes médicaux aux professionnels paramédicaux

Redéfinir les missions de l'hôpital de façon à décongestionner les urgences

- ⇒ Intéresser les établissements de santé à une réduction du volume des passages aux urgences voire des hospitalisations qui en sont induites, à l'instar des RMO aux Etats-Unis
- ⇒ Inciter financièrement l'hôpital à réduire les flux qui s'adressent aux urgences et préserver une capacité pour l'hôpital à développer une activité programmée.

Remettre la permanence des soins en ordre de marche

- ⇒ Déconventionner les professionnels libéraux qui s'exonèrent, sans raison valable, de la permanence des soins.

Mettre les industriels de la santé dans une logique d'effort

- ⇒ Faire financer par la Sécurité sociale et les hôpitaux la formation médicale continue des médecins afin de sortir du mélange des genres.
- ⇒ Dérembourser les médicaments dont l'efficacité thérapeutique n'est pas reconnue par la Haute Autorité de Santé.
- ⇒ Réglementer et limiter la politique marketing de l'industrie pharmaceutique en particulier la présence hors de mesure des visiteurs médicaux dans les établissements de santé.

2 - Une loi de programmation pour l'hôpital

Une loi de programmation pour l'hôpital

- ⇒ Une loi de programmation, fondée sur une véritable étude de faisabilité, doit permettre de piloter le système au niveau national tout en dotant les hospitaliers d'une vision pluri-annuelle de leur budget. Cet objectif de dépenses pluri-annuel sera révisé annuellement en fonction de la croissance constatée.

Traiter la dépense externe de l'hôpital

- ⇒ Permettre aux hôpitaux de contracter avec les CPAM des bonnes pratiques concernant les affections de longue durée (ALD).
- ⇒ Mener une action forte de sensibilisation des acteurs hospitaliers et de la population sur l'importance des dépenses de transports, à l'image de ce qui a été fait pour les antibiotiques.

3 - Pour relever le défi du vieillissement : inventer les filières gériatriques de demain

Ouvrir sans attendre la réflexion sur le financement de la dépendance c'est-à-dire le financement du 5^{ème} risque

Bâtir, dans le cadre des Agences régionales de santé, de vraies filières gériatriques regroupant les structures de soins ambulatoires, les établissements médico-sociaux et les hôpitaux

- ⇒ Par le développement et la médicalisation des structures de soins à domicile (SSIAD) intégrées dans la filière gériatrique
- ⇒ Par la mise en cohérence des planifications SROS et PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie)
- ⇒ Par l'élaboration d'un projet de territoire de la filière gériatrique
- ⇒ Par le regroupement des établissements

Conforter la place des hôpitaux locaux dans l'offre de soins

- ⇒ Par leur intégration réelle dans les SROS
- ⇒ Par le développement de la possibilité de recours à des médecins salariés

Instaurer un mode de financement des investissements équitable avec le privé grâce à la récupération de la TVA

4 - Pour un service public efficient : un financement équitable pour l'hôpital

Instaurer deux enveloppes distinctes de financement pour l'hospitalisation publique et privée

Remettre en cause le dogme de la convergence des tarifs

Réévaluer le coût des missions de service public

Stabiliser les règles de la T2A de façon à donner une lisibilité aux dirigeants hospitaliers

Accélérer la montée en charge de la T2A et l'étendre très rapidement aux soins de suite

5 - Pour un service public attractif : modifier profondément les modes de rémunération

Sauver la chirurgie publique et les activités concurrentielles

- ⇒ Rémunérer les praticiens hospitaliers 50 % à l'acte et 50 % de façon forfaitaire.
- ⇒ Assouplir la mise à disposition et le détachement pour les praticiens hospitaliers
- ⇒ Revaloriser la prime d'exercice sur plusieurs sites de façon à favoriser les stratégies de groupe au sein du secteur public.
- ⇒ Permettre aux praticiens exerçant dans les centres hospitaliers d'intégrer des équipes médicales communes aux CHU et aux CH afin de favoriser l'implication du praticien hospitalier dans la recherche et les publications
- ⇒ Promouvoir des contrôles de l'assurance maladie sur les indications opératoires.

Doter enfin le service public d'outils de management

- ⇒ Permettre de payer les jours accumulés sur le compte épargne temps afin de désamorcer cette bombe à retardement.
- ⇒ Donner une colonne vertébrale managériale aux établissements par l'instauration d'une part fixe et d'une part variable (régime indemnitaire) pour tous les cadres hospitaliers. Cette part variable de rémunération doit être adossée à l'évaluation qui remplacera la notation.
- ⇒ Développer un intéressement des agents au sein des pôles

6 - Pour un service public réactif : pilotage collégial et décideur unique

Le directeur, représentant légal de l'établissement, prononce toutes les nominations à l'hôpital y compris des médecins

Le conseil exécutif affecte les personnels y compris médicaux dans les différents pôles sur la base d'un profil de poste et d'un contrat d'engagement

7 - Construire l'hôpital du futur : l'impact des nouvelles technologies, le concept d'hôpital durable

Intégrer aux nouveaux projets de construction un volet obligatoire sur le circuit du patient et les technologies

Poser comme condition à tout nouveau projet de construction, la présentation d'un volet sur les économies d'énergie

Instaurer une veille technologique nationale centrée sur le domaine hospitalier

Dans le cadre du plan « Hôpital 2012 » lancer des expérimentations intégrant un projet technologique

8 - Le devoir humanitaire de l'hôpital

Créer une force d'action rapide sanitaire adossée à la logistique militaire

Créer une Agence Nationale pour la coopération hospitalière