- Plan hôpital 2007 -

cette circulaire est envoyée sur liste info-fédé mail et Fédébull'

le 15 janvier 2004

HOPITAL 2007 : LA FIN PROGRAMMEE DE L'HOPITAL PUBLIC

Jean-François Mattei a annoncé dès l'été 2002 un plan «ambitieux» pour sauver l'hôpital public.
18 mois après cette annonce tonitruante, faisons le point sur sa mise en œuvre.
Ce plan, clairement d'idéologie très libérale, veut mettre sur un pied d'égalité les établissements publics et les établissements privés lucratifs.
Pour Mattei, ce n'est pas le statut de l'établissement qui est important, c'est son efficience (c'est à dire le meilleur ratio coût/qualité).

Trois principaux volets pour ce plan :
- L'investissement hospitalier
- La tarification à l'activité (dite T2A)
- La nouvelle gouvernance

L'investissement hospitalier

Ce volet est le plus avancé et sa mise en oeuvre a débuté depuis septembre dernier.
Derrière le vocable utilisé : ***« une relance sans précédent de l'investissement hospitalier*** : ***une manne de 6 milliards d'euros sur 5 ans*** » il faut y regarder de beaucoup plus près.

Tout d'abord, 70% de ce montant annoncé est en réalité une autorisation d'emprunt de crédits auprès d'établissements bancaires privés avec, à la clé, des frais financiers qui grèveront le budget de fonctionnement financé par la Sécu. Les crédits d'investissements publics sont donc en réalité réduits.

Cette somme concerne l'ensemble de l'investissement de tous les établissements de santé publics et privés y compris pour la remise à niveau des nouveaux équipements lourds (scanners, IRM ...).
D'autres part les modalités de mise en oeuvre de ces crédits d'investissements sont drastiques.
Une mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier a été mise en place, dépendant directement du Ministère de la santé, pour déterminer les projets prioritaires. Dans les régions, ce sont les directeurs d'ARH qui auront mission de repérer et de valider ces projets. Les projets retenus devront satisfaire à plusieurs critères notamment les bonnes priorités, c'est à dire les projets restructurants (l'offre de soins), évitant tout saupoudrage jugé inutile.

Ces crédits devront financer aussi bien des structures publiques que privées et privilégier les **groupements de coopération sanitaire,** nouvelle structure juridique remplaçant les syndicats inter-

hospitaliers et permettant de fusionner des établissements privés avec des établissements publics. Par exemple une clinique privée chirurgicale pourra être intégrée dans l'enceinte de l'hôpital public général et bénéficier des blocs opératoires de l'hôpital qui seront communs.
D'autre part, c'est le secteur privé, soit par le biais de sociétés d'économie mixte, ou directement par des opérateurs privés (Bouygues, Suez, ...) qui sera sollicité pour en être maître d'œuvre.

L'argument officiellement évoqué est la plus grande rapidité d'exécution (le délai de construction d'un hôpital serait réduit de moitié). Néanmoins ce choix est bien plus idéologique.
C'est ce qui se passe déjà en Angleterre depuis plusieurs années. Une filiale de Bouygues a construit un hôpital à Londres et en assure l'entretien et la maintenance avec du personnel de droit privé.
L'hôpital paye un loyer qui intègre l'entretien et la maintenance. L'ancien personnel de droit public qui assurait la maintenance a été mis à disposition de la société et bien évidemment les nouveaux embauchés le sont aux conditions de la convention collective du secteur.
C'est la notion de «cœur de métier» qui prévaut et à l'exemple de ce qui est appliqué dans les grandes entreprises industrielles, tout ce qui n'est pas le métier principal , comme pour les hôpitaux les soins, est sous-traité et externalisé.

Récemment des entreprises privées de stérilisation se sont positionnées sur le marché de la stérilisation hospitalière comme à Toulouse ou dans les Hauts de Seine.
On voit très bien les potentialités de profits de ces nouveaux marchés et une fois que ces sociétés auront raflé le marché, il sera difficilement possible de revenir en arrière.

Pour résumer l'investissement est prioritairement privé pour accélérer la privatisation de l'hôpital public. Les restructurations et fermetures d'établissements vont s'amplifier ainsi que leur privatisation pour une bonne part d'entre eux.

La tarification à l'activité

A partir de critiques (parfois fondées) du budget global, JF Mattei propose, au nom de l'équité de traitement, la tarification à l'activité (déjà mise en place avec quelques variantes dans plusieurs pays européens).
Depuis le mois de novembre, cinq réunions ont eu lieu au Ministère. Pas des réunions de négociations, mais d'explications sur les techniques budgétaires retenues.
Les budgets alloués aux établissements de santé le seront dorénavant à partir d'une estimation d'activité et de recettes, et non plus par rapport au budget alloué l'année précédente.

Les principes de la tarification à l'activité :
Ce ne sont pas les patients qui sont pris en considération mais les pathologies traitées.
La prise en charge de chaque pathologie reçoit une enveloppe pré-déterminée.
Exemple : appendicectomie valorisée à 1800 euros qui englobe l'ensemble du coût pré-déterminé du diagnostic à la convalescence.
Un établissement qui en pratiquera 500 par an recevra 1800 euros x 500.

Le même principe employé pour toutes les pathologies permet d'attribuer le budget de l'établissement. Ce budget pourra être modifié en fonction de l'activité réellement réalisée.
Si l'hôpital est plus coûteux pour traiter telle ou telle pathologie, il aura tendance à l'abandonner ou tout au moins à la réduire. Certains patients, plus âgés ou poly-handicapés ou précarisés ou souffrant de pathologies multiples, demandant une prise en charge plus lourde, risquent fort d'être rejetés de certains établissements qui auront dépassés leur budget.

Les établissements, situés dans des bassins de vie peu densifiés, auront aussi des difficultés à avoir des bas coûts par pathologie car ils ne pourront pas en traiter un nombre suffisant pour amortir leur coût. C'est déjà le problème des petites maternités qui sont fermées, non pas par manque de sécurité, mais par mesure d'économie.

Le Ministère indique d'ailleurs qu'environ 200 établissements publics (sur un total de 1000) seront condamnés soit à disparaître soit à fusionner, faute d'activité suffisante, car pas suffisamment «productifs».

Seuls seront concernés par la tarification à l'activité dans un premier temps les activités médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). La psy, les soins de suite et la gériatrie conserveront, transitoirement, un budget annexe élaboré sur les critères actuels, mais il est clair que ces secteurs y passeront aussi. Bien évidemment quelques dispositifs correctifs sont proposés, tenant compte, y compris, des différents régimes de rémunérations des personnels (statut fonction publique hospitalière d'un côté, conventions collectives de l'autre).

Des forfaits seront alloués aux établissements pour la prise en charges des activités dites d'intérêt général (on ne parle plus de service public) telle que les urgences, la prise en charge de la précarité, des activités dites coûteuses ou rares et hors nomenclature. Idem pour les activités de recherches et de formation. Mais nous n'avons aucune garantie quant à la hauteur de la prise en compte de ces «charges» puisque parmi les «experts» auditionnés par le Ministère, aucun n'est d'accord sur ces surcoûts, surtout qu'ils ne peuvent être homogènes d'un établissement à l'autre (suivant le type de population desservie). Y aura-t-il ajustement automatique en fonction des besoins ? Rien n'est moins sûr !

Le risque est grand de voir les établissements de santé entrés en concurrence les uns contre les autres pour capter les patients «rentables» et se défausser de ceux qui ne le sont pas. Certains responsables hospitaliers, il y a quelques années, expliquaient que les missions des hôpitaux publics et des cliniques privées étaient totalement différentes, comment seraient-elles devenues compatibles aujourd'hui ? Alors que dans le même temps les cliniques privées lucratives ont investi la plupart des secteurs «rentables» de la santé, laissant au service public les autres secteurs, le projet Mattei va accentuer cette tendance, les seuls hôpitaux publics subsistants devenant des hôpitaux pour pauvres (situation actuelle des USA). Quant aux établissements privés participant au service public hospitalier, leur avenir est encore plus incertain puisque dans le schéma hôpital 2007, ils n'ont plus leur place.
Dès janvier de cette année, l'activité par pathologie sera prise en compte pour 10% du budget de chaque établissement public de santé pour les activités MCO.

La nouvelle gouvernance

Sur ce chapitre, si le Ministère a semblé reculer sur certains points, (diminution des représentants du personnel au CA, intéressement aux résultats ...), il maintient néanmoins, dans la dernière version qui vient de nous être communiquée, les grandes lignes de son projet originel, c'est à dire un nouveau mode de gestion des hôpitaux publics calqué sur le privé.

- **Le conseil d'administration** sera cantonné dans un rôle de contrôle de gestion, et de l'application du plan directeur en conformité avec les orientations du schéma régional.

- **La création d'un conseil exécutif,** présidé par le directeur et composé à parité de directeurs/médecins, sera chargé de l'exécution au quotidien du projet d'établissement et proposera des actions correctrices dont sont informées les instances de l'établissement.

- **Le CTE** voit ses prérogatives a peu près maintenues mais n'a toujours qu'un rôle consultatif. La seule nouveauté dans ses compétences réside dans un droit d'alerte dans le cas où certains de ses membres ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement. Dans ces cas, à la majorité qualifiée des 2/3, ils peuvent exiger des explications de la part du directeur.

Autre nouveauté, un comité d'établissement peut-être constituer après accord du CA à titre expérimental pour une durée de 4 ans. Le comité d'établissement est dans ce cas composé à parité de représentants désignés par la CME d'une part, le CTE et d'un collège de cadres d'autre part. Les élus du personnels se voient marginalisés dans cette nouvelle structure. Cette instance peut aussi être très utile pour les directions dans le cas de groupements de coopération sanitaire puisque déjà existante dans le privé.

· - **Les pôles d'activité** sont mis en place regroupant soit un secteur d'activité (par exemple la chirurgie) soit un groupe de pathologies (par exemple le cardio-vasculaire). Pour la psychiatrie un pôle sera constitué d'un ou plusieurs secteurs.

La gestion des budgets et des personnels se fera par pôle. Les responsables de pôle seront nommés par direction conjointe du directeur et du président de la CME après avis du CA. Chaque pôle passera un contrat d'objectifs et de moyens avec la direction.

L'organisation de l'hôpital en «pôles» qui doivent équilibrer leur budget, va forcément entraîner la réduction de certaines activités non «rentables». De plus, les personnels seront amenés à être encore plus flexibles par des organisations horaires tenant compte des pics d'activités, voire, par des changements d'affectation à l'intérieur d'un pôle.

Les services médico-techniques, logistiques et administratifs seront aussi organisés en pôles (exemple pôle de laboratoires) avec possibilité accrue de sous-traiter certaines activités.
Le fait que les médecins responsables de pôles soient nommés pour réaliser des objectifs économiques va aussi entraîner des dérives (sélections des patients, diminution drastique des durées de séjour).

L'Agence régionale d'hospitalisation accroît sa tutelle sur les établissements de santé avec la création d'un corps de « **conseillers généraux des hôpitaux**», véritables commissaires économiques, qui devront assurer entre autre des missions d'audit et de contrôle de gestion. Ils pourront, à la demande du directeur de l'ARH, assurer l'administration provisoire d'un établissement public de santé (mise sous tutelle). Ils seront choisis parmi des fonctionnaires de catégorie A et les praticiens hospitaliers et seront placés sous l'autorité directe du Ministère de la santé (DHOS).

Voilà en résumé les principales dispositions retenues actuellement. Même si tous les textes réglementaires ne sont pas encore parus (notamment ceux sur la tarification à l'activité et la nouvelle gouvernance), le plan Hôpital 2007 devient aujourd'hui beaucoup plus lisible et cohérent : c'est bien un plan de privatisation de l'hôpital public dont il s'agit.

A terme c'est le statut de l'hôpital public qui sera remis en cause, sans doute transformé en établissement public industriel et commercial (EPIC), ayant des missions de service public mais de statut privé (le modèle dans notre secteur est sans doute l'établissement français du sang).

Les personnels titulaires en place conserveraient leur statut ou pourraient opter pour la nouvelle convention collective, mais tous les nouveaux embauchés seraient de droit privé. Compte tenu que dans les dix ans à venir, c'est plus de la moitié des personnels titulaires de la Fonction Publique Hospitalière qui partira en retraite, le moment est très bien choisi pour opérer cette «contre-réforme».

Le plan Hôpital 2007 est aussi très cohérent avec le plan de remise en cause de la Sécu qui se concocte actuellement et dont l'un des aspects est la réduction des dépenses de santé. Ce n'est pas un hasard si les premières pistes de réflexion du Haut conseil pour l'avenir (!) de l'assurance maladie proposent une réorganisation profonde du système hospitalier.

Il sera donc important dans nos interventions auprès des personnels de faire constamment le lien entre le plan «Hôpital 2007» et le plan en préparation sur l'assurance maladie qui sont les deux principaux outils de la privatisation généralisée de la protection sociale et du système de santé.

Pour prendre connaissance en détail des textes :
Les différents volets du plan hôpital 2007 sont consultables sur le site Internet du ministère de la santé : **www.sante.gouv.fr, cliquer ensuite dans « Hôpital 2007 »**