

Propositions de la FHF pour le renouveau du service public hospitalier

Pour la Fédération Hospitalière de France, le renouveau du service public hospitalier doit s'inscrire dans le cadre d'un service public de santé, adapté aux enjeux actuels.

En 2009, la loi Hôpital, patient, santé et territoire (HPST) a considérablement modifié le cadre juridique du service public hospitalier tel qu'il avait été mis en place par la loi Boulin de 1970.

Elle a supprimé tout d'abord la notion de service public hospitalier elle-même et, ce faisant, a touché à un symbole fort. C'est en effet par et autour de l'hôpital public que s'est construit et organisé, pendant près de quarante ans, notre système de santé.

Elle a également créé les missions de service public, et conduit ainsi à détacher de ce qui formait auparavant un bloc de service public des missions au nombre limité et aux activités clairement identifiées. Quatorze missions ne représentant qu'une infime partie des activités de soins et de santé ont pu être attribuées par les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) aux différents acteurs de santé. Les établissements de service public ont de facto perdu leur capacité à revendiquer la plénitude des missions de service, désormais partagées.

La loi HPST a ouvert une grande variété d'acteurs, quel que soit leur statut, leur activité et leur mode d'exercice, l'accès à un service public qui n'est pas le monopole du seul hôpital public, elle n'a toutefois pas réussi à « qualifier » ce service public.

Il y a nécessité aujourd'hui de repenser l'évolution entamée il y a trois ans. Pour cela, il importe de **mettre un terme à cette situation ouverte par la loi HPST, dans laquelle le service public a perdu son caractère hospitalier sans pour autant être doté d'une nouvelle ambition.**

Les principes auxquels doit répondre l'évolution à conduire:

Pour la FHF, l'esprit du service public de santé c'est celui de l'engagement quotidien : Engagement pour **des soins et des prises en charge pour toute la population, sans discrimination d'aucune sorte, notamment financière.** Engagement de promouvoir la santé publique et d'offrir des soins gradués sur l'ensemble du territoire, accessibles à chaque instant. C'est enfin l'engagement de soins pertinents et de qualité, en tout temps et en tout lieu. Ces engagements ne peuvent souffrir d'aucun compromis ni d'aucune exception.

Le Service Public ne se négocie pas, ne se choisit pas, ne se morcelle pas. Il commande des organisations réactives et dynamiques, en symbiose avec les territoires et leurs représentants, qu'ils soient élus ou usagers du service public.

Les établissements publics incarnent par nature le service public hospitalier et médico social. Ils sont les plus légitimes pour l'assurer au quotidien. D'autres établissements peuvent toutefois participer à cette mission mais à la stricte condition de respecter son esprit et de satisfaire aux exigences qu'il commande. Le comportement des acteurs privés qui

considèrent aujourd'hui que les missions de service public s'exercent à la carte et seulement les jours ouvrables ne pourra plus être accepté.

Les évolutions à mener pour évoluer vers le Service Public de Santé

Compte tenu de la multiplicité des offreurs pouvant répondre aux besoins de santé en dehors de l'hôpital et du mouvement tendant vers une coopération de plus en plus étroite et structurée entre ces derniers, évoquer la renaissance d'un service public exclusivement hospitalier présente le risque de créer des conditions de rupture des parcours de soin entre « ville » et « hôpital ».

L'hospitalo-centrisme qui fut pendant de longues années un principe structurant de notre système de santé doit aujourd'hui céder la place à une nouvelle organisation. Les établissements publics sanitaires et médico-sociaux s'appêtent à assumer un rôle rénové, articulé autour de la prévention, l'éducation thérapeutique, la continuité de prises en charge, la transversalité des parcours de soins et les coopérations.

Pour ces raisons, la notion de service public de santé semble à terme plus pertinente et mieux à même de répondre aux enjeux actuels. En privilégiant une approche fonctionnelle plutôt qu'organique, elle permettrait de mettre l'accent sur les missions plutôt que sur les statuts.

Les établissements publics de santé et médico sociaux ont vocation à devenir la « **colonne vertébrale** » de la **santé publique sur un territoire, étant les garants de la pérennité de leurs missions**. Les autres offreurs de soins, dont font partie les cliniques commerciales et les professionnels libéraux (IDE, kinésithérapeutes, ambulanciers, prestataires de services à domicile), peuvent être concernés par de telles missions.

En tout état de cause, l'exercice de telles missions impose le respect des « principes » du service public. Pour cela et afin notamment d'assurer la continuité de ce dernier, **des partenariats sont noués entre les établissements publics et les autres acteurs de santé dans le cadre d'un projet stratégique de territoire**. Ces coopérations sont prévues par la loi et prennent la forme d'un contrat où sont détaillées les obligations des parties et les sanctions.

Afin de faire vivre un véritable service public de santé, il est nécessaire de lui donner un socle qui soit autrement plus solide et ambitieux que les seules missions de service public identifiées dans la loi HPST. Ce socle repose sur la légitimité que lui donne l'usager et ses besoins, donc de la source même de l'existence du service public.

Cet effort s'inscrit dans un mouvement de fond qui déplace le point d'articulation du système, centré auparavant sur les droits des professionnels (médecins, industriels, prestataires), vers les droits des patients (ou les usagers), c'est-à-dire les droits à la santé.

L'USAGER, RAISON D'ETRE DU SERVICE PUBLIC

L'usager, la patient, le résident justifie pleinement la mission du service public, il en est d'ailleurs la seule raison d'être. Il mérite toute l'attention des professionnels de santé.

Les besoins des usagers sont :

- **l'accessibilité géographique**, conduisant à une répartition des ressources adaptée qui évite les zones sous-denses, sous le contrôle des ARS. Une telle répartition exige l'aménagement de la liberté d'installation des médecins. Le conventionnement devient sélectif.
- **l'accessibilité financière**, amenant le respect des tarifs opposables et tiers payant, contrôlé et sanctionné par l'assurance maladie. Les dépassements d'honoraires dans le cadre de l'exercice libéral à l'hôpital public seraient alors strictement plafonnés.
- **la sécurité des soins et la qualité**, articulées notamment autour de la notion de pertinence.
- **le respect et la confidentialité.**
- **l'information et la coordination.**

Les usagers du service public ont su prendre une place importante dans la vie des structures hospitalières comme d'ailleurs des établissements médico-sociaux. Ce mouvement doit être poursuivi et amplifié, notamment en finançant et en formant les représentants des usagers.

LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER PROMOTEUR DE SANTE PUBLIQUE

Prévention, éducation thérapeutique, continuité des prises en charges, transversalité des parcours de soins, coopérations entre professionnels de santé deviennent autant d'éléments structurants des politiques hospitalières et médico-sociales.

Dans ce nouveau paradigme, les établissements s'inscrivent dans les **dynamiques territoriales**, contractualisent, participent aux réseaux, structurent des filières, au service et dans une vision de la santé publique. Ceci implique des évolutions dans le management des établissements, dans leur conception, dans la structuration des systèmes d'information ou encore dans la politique de formation.

Les établissements de santé et médico sociaux publics sont des acteurs incontournables d'animation d'un territoire et participent à la vision stratégique que les pouvoirs politiques définissent pour celui-ci. A cet égard, le rôle des élus est une réelle opportunité pour le service public hospitalier, non seulement pour consolider sa place dans le tissu démocratique local, mais également pour affirmer sa spécificité. C'est en effet par cette mission de santé publique, par cette vision désintéressée et par nature pérenne, que le service public se distingue des autres acteurs de santé. C'est ce qui fonde sa légitimité, sa raison d'être, et justifie sa place essentielle dans le paysage français.

UN SERVICE PUBLIC INSCRIT DANS LES PARCOURS ET LES FILIERES DE SOINS

Durant les dernières décennies, le service public s'est remarquablement adapté à la demande de plus en plus importante des Français et aux progrès de la science et des techniques médicales. Ce schéma est aujourd'hui confronté à une nouvelle demande à laquelle le service public doit répondre.

Le concept de territoire de santé, conforté par les évolutions des pratiques médicales et les possibilités offertes par la technologie, milite pour la **mise en place de véritables filières de soins, de prévention et d'éducation pour la santé sur le territoire**. Cela se traduit par un maillage des professionnels de santé autour de pathologies spécifiques. La filière gériatrique est à cet égard éloquent. La filière psychiatrique ou celle des urgences ne le sont pas moins.

L'ENSEIGNEMENT ET LA RECHERCHE, PIERRES ANGULAIRES DU SERVICE PUBLIC HOPITALIER

Les missions de soins, de recherche et de formation confiées aux CHU sont indissociables l'une de l'autre. Il est nécessaire de consolider les compétences du Groupement de Coopération mis en place par les CHU, au champ de la formation professionnelle. La science médicale est de plus en plus à la croisée des connaissances de plusieurs disciplines universitaires ; cette synergie nécessite un décloisonnement urgent de nos institutions universitaires.

Les missions d'enseignement et de recherche étant des missions de service public, leur pilotage régional revient aux CHU et aux facultés, garants de la qualité pédagogique et scientifique de la dispensation des savoirs. Cette responsabilité régionale est partagée avec les autres acteurs de service public. C'est un puissant levier d'attractivité des professionnels de santé.

Les enjeux d'enseignement et de recherche ne peuvent atteindre un niveau reconnu au plan international qu'avec la mobilisation des moyens et connaissances des secteurs public et privé. Il s'agit de la compétitivité de nos entreprises mais aussi de la création de nouveaux emplois à haute valeur ajoutée.

POUR UN FINANCEMENT RENOVE DU SYSTEME HOSPITALIER

La maîtrise des ressources allouées est un objectif prioritaire qui doit animer l'action des pouvoirs publics comme celle des acteurs de santé. Pour les pouvoirs publics, ce défi nécessite d'engager une politique volontariste en matière d'évaluation de la pertinence des actes et des soins. **Elle commande de réserver le financement de l'Assurance Maladie aux seuls établissements assurant des missions de service public**. La collectivité nationale n'a en effet pas pour vocation de financer les structures ne contribuant pas à l'intérêt général. Dans le même temps, les établissements doivent poursuivre les réorganisations de l'offre de soins ainsi que les mutualisations des compétences pour lesquelles des économies d'échelle peuvent rapidement être atteintes. Le rôle des ARS doit être celui d'un appui et d'une facilitation et non celui de se substituer autoritairement aux initiatives des acteurs.

La FHF a demandé depuis de nombreuses années, et donc se réjouit de la fin de la convergence tarifaire contraire aux principes de service public et en contradiction avec les objectifs de coopération inscrits dans la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ».

Elle demande une adaptation du modèle actuel de financement des établissements de santé, afin de mieux répondre aux objectifs de santé publique, au financement des filières par pathologie et au financement de la performance des acteurs.

L'évolution du mode de financement du système de santé devra répondre à l'objectif politique de l'égalité d'accès géographique et financière à l'offre de soins publique pour tous, sur chaque territoire. Pour cela, une part de rémunération forfaitaire des projets de santé publique ainsi que de certains modes de prise en charge doit être introduite dans le financement des structures. La tarification à l'activité n'est en effet plus adaptée aux exigences de Santé Publique (malades chroniques, malades précaires, personnes dépendantes...).

Ce mode de financement, qui permettra une plus forte coopération entre les acteurs de santé, ne doit pas remettre en cause la logique d'intéressement introduite par le mécanisme de la tarification à l'activité, même si cette dernière doit être minorée. La rareté des ressources financières disponibles, conjuguée à l'exigence de réserver les financements aux besoins de santé publique, exige l'arrêt de la convergence tarifaire, y compris dans le secteur médico social, absurde dans son principe et dangereuse dans ses impacts. Elle exige également de ne réserver le financement par l'assurance maladie qu'aux seuls établissements exerçant des missions de service public et d'intérêt général et dont la pérennité est assurée.

L'ETHIQUE AU CŒUR DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Face à la technicisation et à l'hyperspécialisation croissantes de l'hôpital, l'Homme et l'esprit d'humanité doivent rester le cœur des préoccupations de notre système de santé. A cette fin, l'éthique doit être partout et guider notre action. Elle doit être un questionnement permanent qui nous permette de réaffirmer nos valeurs dans un environnement où l'humain cède le pas à la technicité et la technologie.

Les progrès scientifiques et médicaux ouvrent la voie à de nouveaux horizons pour le traitement des maladies (génomique, thérapies cellulaires, chirurgie non invasive et individualisation des traitements notamment) tandis que dans le même temps, on assiste au vieillissement de la population française et à la chronicisation des maladies. Cependant, la structuration actuelle de notre système de santé n'est pas adaptée pour répondre au mieux à ces évolutions. Composée de multiples réseaux indépendants dont les interfaces de liaison restent limitées, ce cloisonnement actuel des modalités de prises en charge ne permet pas une organisation continue et optimum des patients chroniques et vieillissants. Il s'agit aujourd'hui de dépasser ces dysfonctionnements et d'inscrire tous les acteurs du système de santé dans une démarche plus globale de santé publique.

Cela nécessite pour l'hôpital de s'ouvrir sur son environnement et ainsi de passer d'un Service Public Hospitalier à un Service Public de Santé. C'est au prix de cette réorganisation, centrée

sur le patient et sur la continuité de sa prise en charge à l'échelle d'un territoire, que notre système de santé saura répondre aux défis de demain. L'hôpital doit donc désormais se positionner et se définir comme l'un des maillons structurants du système de santé à l'échelle de chaque territoire. Il doit travailler de concert et développer des coopérations avec l'ensemble de ses partenaires afin de faire vivre ce nouveau Service Public de Santé.

Cette évolution ne se fera pas sans de profondes transformations du système hospitalier que ce soit en termes de management, de conception architecturale et organisationnelle, mais aussi de structuration des systèmes d'information ou encore de politique de formation. Tout l'hôpital sera impacté par cette révolution et il lui faudra s'adapter tout en conservant ses valeurs traditionnelles.

La continuité et la qualité des soins, qui sont les valeurs emblématiques du Service Public Hospitalier, doivent imprégner le nouveau Service Public de Santé. Cette volonté passe par la coopération de tous les acteurs du système de santé, par la mise en place et la valorisation des stratégies de groupe.

Les propositions de la FHF pour un renouveau du service public

1 Les services publics hospitaliers et médico-sociaux constituent la « colonne vertébrale », le schéma structurant de la santé publique sur un territoire, en raison de la pérennité des missions du service public attachées aux établissements publics de santé et médico-sociaux. Ils se déclinent sous forme de partenariats avec les autres acteurs de la santé dans le cadre d'un projet stratégique de territoire. Ces partenariats s'exercent dans le cadre des coopérations prévues par la loi, qui organise notamment la relation avec les entreprises commerciales de santé ou médico-sociales et le service public, seul garant de la pérennité des missions de service public.

2- L'hôpital public et les établissements médico-sociaux jouent un rôle clé dans les réseaux et filières sur le territoire. Ils constituent le lien entre la proximité et le recours en raison des compétences dont ils disposent ainsi que des missions de service public qui leur incombent. ...).

La nouvelle organisation du système sanitaire et médico-social impose de dépasser la logique institutionnelle et de donner toute leur place aux filières de soins. Cette approche est l'essence même du service public. Elle vise à garantir la continuité des soins et des parcours, à partager les compétences entre les professionnels, quels que soient leur mode d'exercice et leur origine professionnelle.

La santé publique inspire les projets médicaux spécifiques à chaque établissement public de santé du territoire et aux établissements des structures médico-sociales, notamment dans le cadre de la prévention de la perte d'autonomie ou du handicap.

3 Le projet stratégique de territoire doit comprendre un volet système d'information de santé, soutenu par les pouvoirs publics notamment pour le financement du haut débit dans tous les territoires et porté par les possibilités ouvertes par les technologies de l'information et de la communication (télémédecine, télésanté, internet sécurisé).

4- Une organisation territoriale en psychiatrie et santé mentale inspirée par la logique d'organisation en secteurs doit être élaborée et mise en œuvre afin de garantir l'accès aux soins de tous et de faciliter les parcours des patients. Des projets de santé mentale de territoire sont établis en concertation avec les élus et tous les acteurs régionaux de la santé. Ces projets devront préciser les filières de prise en charge, les missions et responsabilité des différents opérateurs, ainsi que les modalités de leurs interventions respectives.

5- Un droit universel à compensation de la perte d'autonomie est mis en place pour permettre une plus grande continuité des parcours de soins et d'accompagnement des personnes quel que soit l'âge et la cause de sa perte d'autonomie. Il est assis sur un dispositif reposant la solidarité nationale.

6- La participation des usagers et de leurs représentants à la vie des établissements et à la définition des politiques territoriales doit évoluer, ce qui nécessite des évolutions dans la gouvernance des établissements en même temps que dans les outils qui sont mis à la disposition des usagers.

7- L'ensemble des établissements de santé publics sont appelés à participer, sous la coordination des CHU, aux missions spécifiques de formation, de recours et de recherche, est fondamental. Le CHU a la responsabilité fondamentale d'irriguer la région en partageant son savoir et son expertise avec les différents acteurs, sous son animation et sous sa responsabilité, avec l'université et les établissements dédiés à la recherche médicale.

Cette politique de santé publique doit être connue à la fois de la population et des professionnels de santé. Par ailleurs, elle doit être accompagnée par des actions de formation de l'ensemble des acteurs et portée par des actions de recherche ambitieuses. Les CHU comme les fondations hospitalières, constituent la pierre angulaire du dispositif de formation et de recherche, tout en utilisant les cohortes et les compétences utiles dans l'ensemble des établissements, des réseaux de santé et des territoires de la région.

8- Le service public hospitalier et médico-social doit être en capacité de garantir, en l'absence de réponse adaptée aux besoins de la population, une offre de soins ambulatoires de premier recours sur chaque territoire. Cette responsabilité implique la définition de nouveaux modes d'exercice et une vision renouvelée de la médecine de proximité. Les établissements publics de santé participent, en cas de carence constatée, à l'organisation de la permanence des soins ambulatoires au sein du territoire. Les moyens financiers et les outils juridiques appropriés sont mis à leur disposition afin de leur permettre de recruter les professionnels de santé nécessaires. Le financement de cette mesure doit être assuré forfaitairement par un prélèvement sur l'enveloppe de ville.

Le principe de liberté d'installation des médecins est réaffirmé par la FHF. Néanmoins, un système incitatif de rémunération supplémentaire et progressif, visera à corriger les déficits d'installation des médecins et professionnels de santé. Les dépassements d'honoraires seront plafonnés, y compris pour le secteur privé à l'hôpital.

9- Sur chaque territoire, une politique commune de gestion des ressources humaines médicales et non médicales est définie et organisée par les établissements publics, sanitaires et médico-sociaux. Cette politique est au cœur de la « stratégie de groupe » et s'appuie sur un centre d'expertise et d'accompagnement à la gestion des ressources humaines mutualisé.

Dans le même esprit, les responsables hospitaliers doivent s'engager dans la mise en place de programmes d'investissement partagés et dotés de financements mutualisés. Les pouvoirs publics accompagnent financièrement ces initiatives et les collectivités locales peuvent compléter le dispositif en finançant les projets au nom de l'aménagement du territoire. La création de véritables plateformes de service dédiées aux fonctions supports mutualisées est prioritaire. Les établissements de santé publics mettent en commun des experts juridiques et financiers de haut niveau nécessaires à l'accompagnement de cette politique.

10- Le mode de financement des établissements doit permettre de mieux répondre aux besoins spécifiques à chaque territoire de santé. Pour que les filières de soins puissent se déployer efficacement, pour que les coopérations soient favorisées et produisent leurs effets, le financement national doit évoluer vers une plus grande régionalisation. La définition d'enveloppes régionales basées sur la conduite de projets de santé publique et sur les prises en charge doit être mise en œuvre. Dans ce schéma, les collectivités locales doivent prendre toute leur place et assumer leurs responsabilités financières.

Le financement par l'assurance maladie des dépenses de santé est accordé aux établissements assurant des missions de service public. Les établissements privés lucratifs, répondant aux exigences du service public définies dans un cahier des charges opposable, sont également financés par l'assurance maladie.

Dans le respect de la solidarité nationale, l'ONDAM est décliné en objectifs de dépenses régionalisés figurant dans le PLFSS, sur la base d'indicateurs de santé publique spécifiques à chaque région. Les directeurs généraux d'ARS mettent en œuvre ces objectifs de dépenses régionalisés en concertation étroite avec les représentants régionaux des fédérations d'établissements.

11- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, pilotée par la HAS, devra considérer l'évaluation de la pertinence des actes diagnostic et de soins comme une priorité. Elle constitue l'un des axes essentiels de la régulation de l'offre de soins dans

chaque région. Elle répond en outre à des objectifs de qualité des soins par élimination des actes médicalement inutiles.

12- L'éthique doit être la valeur constitutive du nouveau service public hospitalier et au-delà, du service public de santé. La FHF propose à cet effet la création d'un comité d'éthique indépendant dans chaque région sanitaire. Chaque comité définira ses règles de saisine et produira un rapport public annuel dans lequel des recommandations seront émises. Ainsi sur chaque territoire de santé publique, ces comités auront pour ambition de sauvegarder et de faire vivre les valeurs traditionnelles du Service Public Hospitalier tout en interrogeant constamment l'éthique dans chacune de nos actions.