

Complément page 7 ademat info

Mesures annoncées par le premier ministre le 15/11/2019, communication du 20/11/2019 « Ma santé 2022, Investir pour l'hôpital »

Analyse ADEMAT-H

Un constat assez objectif sur l'hôpital : de fortes contraintes budgétaires de longue date, une perte d'attractivité, une insuffisance d'investissement, pas de valorisation du travail des hospitaliers.

Une solution : investir dans l'hôpital et leurs équipes pour accélérer la dynamique engagée avec ma santé 2022.

*Pour mémoire « ma santé 2022 » met en place des communautés professionnelles de territoire (CPTS), associations de professionnels de santé libéraux qui feront de l'hébergement temporaire en ville, « l'hôpital hors les murs », rémunérées par les ARS (argent public) sur un critère principal : l'absence d'hospitalisation et le retour rapide à domicile. **Il est clairement écrit que cela se fera « par redéploiement d'enveloppes financières hospitalières vers la médecine de ville ».***

*Ma santé 2022 transforme les groupements hospitaliers de territoires (GHT) en établissement public de santé de territoire (EPST) véritable fusion des hôpitaux avec direction commune, fusion des instances, solidarité financière, sous la coupe d'un hôpital support qui gèrera les autorisations d'activité de soin et les recrutements médicaux de l'ensemble des établissements. Les hôpitaux non support sont destinés à devenir des hôpitaux dits de proximité, véritables coquilles vides sans médecine spécialisée ni chirurgie ni maternité ayant simplement un rôle d'hébergement ou de soins de suite de l'établissement support. **« Certains sites devenant ambulatoires des conversions rapides de personnel paramédical vers un exercice de ville sont à prévoir »***

Où comment remercier le dévouement et l'investissement des hospitaliers !! « Ma santé 2022 » constitue une mise en pièce réglée du système hospitalier et nous n'y voyons pas une solution aux problèmes des hôpitaux, à part peut être la destruction des hôpitaux qui fera disparaître leurs problèmes avec eux !

Il est prévu 14 mesures réparties sur 3 axes : renforcer l'attractivité des métiers et fidéliser les soignants, lever les blocages hospitaliers et réinvestir dans l'hôpital :

Renforcer l'attractivité des métiers :

Mesure 1 : accompagner les débuts de carrière des soignants

Non médicaux :

Contrat d'engagement de service public (CESP) de 750 €/ mois pour 300 étudiants en 2020 (filiale rééducation par exemple)

Prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH) de 10 000 ou 15 000€ contingentée à 5000 signatures /an pour des professions en tension

Indemnité temporaire de mobilité pour des agents en poste acceptant des mutations

Soignants médicaux :

Prime d'engagement dans la carrière hospitalière augmentée de 50 %

Fusion des 4 premiers échelons de la carrière hospitalière (officialisation d'une pratique qui existait déjà)

Accès plus rapide à l'indemnité de service public exclusif (ISPE)(absence d'activité libérale)

Amélioration de la prime d'exercice territoriale (exercice partagé multi-sites)

Mesure 2 : renforcer l'attractivité des hôpitaux situés dans des territoires en tension :

Prime de 800€ / an pour 40 000 hospitaliers de Paris et petite couronne gagnant moins de 1950 € / mois (salaire médian).

Mesure 3 : politique de valorisation financière des équipes engagées dans des projets de transformation :

300 € /an sur critères de qualité des soins et de prise en charge, à la main des hôpitaux jusqu'à 600 000 personnes (soit la moitié des 1,2 million d'hospitaliers)

Mesure 4 :

Accès au grade B pour 10 000 professionnels en fin de carrière

100€ / mois pour aide soignantes en gériatrie (60 000 professionnels)

mesure 5 :

consolider l'attractivité des carrières hospitalo-universitaires, (des débuts de carrière)

mesure 6 :

réforme du statut des praticiens hospitaliers, accès à des modes d'exercice mixte et reconnaître les activités non cliniques (par ordonnance de la loi d'organisation et de transformation du système de santé dans 6 mois)

le coût de ces mesures est chiffré dans un tableau annexé à 1,355 Md€ que les hôpitaux financeront eux-mêmes (sauf si les faits nous démentaient) par une augmentation de l'ONDAM (objectif national de dépenses d'assurance maladie) et des tarifs de la T2A (tarification à l'activité) de 1,5 MD€ sur 3 ans (donc par la sécurité sociale). En effet nulle part n'est fait état d'une dotation spécifique supplémentaire, cette générosité est totalement neutre pour les finances publiques.

Lever les blocages de l'hôpital public

Mesure 7 :

Adapter la gouvernance et le management des hôpitaux
Directeur et président de CME décideront conjointement dans les domaines de compétences partagées : projet médicaux, de pôle, nomination de chef de service, de pôle. Projets de service réhabilités, promotion de bonnes pratiques managériales et valorisation de ces fonctions, postes de chef d'établissement ouverts aux médecins .

Mesure 8 :

Alléger les procédures administratives dans les hôpitaux

Mesure 9 :

Faire confiance aux équipes de soins : finalisation de protocoles entre infirmiers et médecins qui permet de libérer du temps-médecin (prime de coopération de 100 € / mois pour les infirmiers)

Mesure 10 :

Lutter contre les dérèglements de l'intérim médical et de la permanence des soins

Mise en place d'une mission sur la permanence des soins, repenser l'organisation de la PDS en établissement de santé.

Réinvestir dans l'hôpital public et lui donner des moyens nouveaux et de la visibilité dans le temps

Mesure 11 :

Allouer des ressources supplémentaires pour le fonctionnement de l'hôpital avec un rehaussement de l'ONDAM sur 2020-2022 pour un total de 1,5 Md€ (sur 3 ans)

Soit une hausse de 2,1 à 2,4 % de l'ONDAM hospitalier (objectif national de dépense d'assurance maladie) et maintien de cet ONDAM à 2,4 % en 2021 et 2022

L'hôpital devrait disposer en 2020 de 300 M€, en 2021 de 500 M€ et en 2022 de 700 M€ supplémentaires.

Cette hausse de l'ONDAM « sécurisera les crédits MERRI (mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation pour les études médicales)

Mesure 12 :

Tarifs hospitaliers en hausse de 0,2 % (après 10 ans de baisse continue de 1 % en moyenne /an ! jusqu'en 2018)

En 2019 une timide hausse en trompe l'œil de 0,5 % de la dotation hospitalière, mais seulement de 0,2 % pour les hôpitaux MCO (médecine chirurgie obstétrique) avec un gel prudentiel de 0,7 % de 400 M€ (retenue de l'état au cas où l'activité augmenterait par une baisse du tarif des actes en fin d'année), résultat $+0,2-0,7 = -0,5$ % !

Cette hausse de 0,2 % « *pourrait être abondée en cas d'effort de pertinence (hausse d'activité maîtrisée par une réduction des actes inutiles ou non pertinents, c'est un engagement de pouvoir investir, maintenir l'emploi hospitalier et maintenir des lits à l'hôpital)* ».

Une réserve importante : contrairement aux promesses citées précédemment, l'hôpital ne va pas être en capacité de réinvestir car il va devoir payer dès 2020 toutes les primes au personnel (1,355 Md€) et l'achat de petit matériel de la mesure 13 (150 M€) avec la hausse des tarifs hospitaliers qui a été autorisée (T2A) soit 1,5 Md€ sur 3 ans. Ce fait est confirmé par une source officielle citée dans la presse du 15 novembre : « *si l'hôpital utilise ces marges de manœuvre pour de nouveaux investissements cela pourrait avoir un impact sur la trajectoire des finances publiques, cette reprise devra s'accompagner de réforme afin que la dette ne se reconstitue pas* ».

Mesure 13 :

Relance de l'investissement courant quotidien pour 150 M€, à la main des chefs de service, il s'agit de petit matériel de soins.

Mesure 14 :

Reprendre une partie (1/3) de la dette hospitalière sur 3 ans à partir de 2020 soit 10 Mds€ sur les 30 Mds de dette (la dette a augmenté de 40 % en 10 ans et l'investissement a été divisé par 2 sur la même période)

Cette dette a déjà été financée par l'état et elle déjà comptabilisée dans la dette publique, seul le remboursement annuel du crédit sera à la charge de

l'état et il en coûtera 800 M€ par an soit 1% du budget des hôpitaux (80 Md€), ce n'est pas nul mais c'est relativement faible : moins que l'inflation. Il est dit que « *chaque hôpital qui souhaite s'engager dans une trajectoire de désendettement et/ou un plan de transformation* » pourra en bénéficier mais la presse du 15/11/2019 cite des sources officielles qui sont beaucoup plus restrictives : « *ce n'est pas un tiers de la dette de tous les établissements, il faudra regarder établissement par établissement les conditions et le rythme de reprise de dette, le choix des établissements bénéficiaires se fera en fonction des efforts de transformation qu'ils proposent* » pour mener à bien les transformations induites par ma santé 2022, chantage ?

Sortir du « tout T2A » (tarification à l'activité) :

On devrait passer d'une tarification hors T2A de 200 M€ aujourd'hui à 2Md€ en 2022 sur les 80 Mds€ de budget des hôpitaux : il ne semble pas qu'il y ait une réelle volonté politique d'aboutir sur ce sujet puisqu'en 3 ans on passera de 0,25 % à 2,5% hors T2A, à ce rythme il faudra 120 ans pour sortir de la T2A !

Refondation des urgences

Engagement qualité et pertinence des soins : réduire les 30 % d'actes dits non pertinents, ce chiffre toujours mis en avant paraît très excessif, il sera fait appel à des sociétés savantes et les établissements devront se doter d'outils de mesure systématique de qualité des soins et de satisfaction des patients (ce qui existe déjà !).

En conclusion on voit nettement que derrière le discours officiel lénifiant la logique financière est toujours le fil conducteur de ces mesures qui sont quasiment neutres pour les finances publiques et qui vont être financées par les restructurations et la casse du système hospitalier au profit des quelques hôpitaux « survivants » et surtout de la médecine de ville.