



CIH CIU, octobre 2020

L'hôpital public, service public essentiel en temps de pandémie comme hors de cette circonstance exceptionnelle, doit être conforté par la loi de financement de la sécurité sociale car c'est notre bien commun et il continue à faire face « quoi qu'il en coûte » aux besoins de la population. Voici quelques éléments indispensables pour éclairer le PLFSS en cours d'examen à l'Assemblée Nationale.

Le 23/07/20 le Ministre de la Santé a annoncé

1/ l'attribution de 7,5 Mds d'€s aux établissements de santé privés et publics pour les revalorisations salariales des personnels hospitaliers. Ces rattrapages salariaux représentent plus de 8% d'ONDAM hospitalier (voté en décembre 2019 à 84.4 Mds d'€s)

2/ En sus de l'embauche de personnel pour les 7500 postes déjà vacants, 7500 créations de postes ainsi que la possibilité de déployer 4000 lits supplémentaires en cas de nécessité, *même s'ils ne compensent pas les 7600 lits fermés dans les années 2018-2019 (4200 en 2018 et 3400 en 2019)*¹. Cependant aucune directive nationale ou régionale ne permet de mettre en place ces mesures, urgentes au regard des tensions hospitalières.

3/ une nouvelle doctrine d'investissement pour permettre de répartir plus équitablement les enveloppes, valider des projets intégralement financés grâce à environ 800 millions € par an de reprise du tiers de la dette (13 Mds € sur 15 ans) et 6 Mds € supplémentaires sur 3 à 5 ans, soit plus d'un Md € par an, notamment pour l'investissement du numérique en santé. *Mais dans ce PLFSS la contractualisation de la dette n'autorise pas d'investissement humain, le personnel restant ainsi une variable d'ajustement.*

4/ un soutien au développement d'hôtels hospitaliers et à l'investissement en psychiatrie

Ainsi, indépendamment des surcoûts liés au COVID (encore abondé cette semaine de 2 milliards, art 7 du PLFSS), près de 10 Mds supplémentaires en sus de l'ONDAM hospitalier de 84.4 Mds d'€s voté en décembre 2019 sont nécessaires pour couvrir revalorisations salariales, embauches, financement des investissements. Or pour 2021 le PLFSS annonce un budget de 92.9 Mds d'€ d'ONDAM hospitaliers, **soit un défaut de recette de 2 Mds €**. **Ce budget ne permet pas de financer la totalité des mesures du Ségur, annoncées en juillet 2020 (7.5 Mds), les investissements (plus de 1.6 Mds) et l'augmentation connue de 2 à 3% des charges fixes hospitalières** (grille vieillesse technicité, augmentation des cohortes prises en charge, coût des dispositifs et médicaments qui pèsent pour plus de 1.6 Mds).

Comme tous les acteurs du monde hospitalier, le Collectif inter Hôpitaux signale qu'en l'état ce PLFSS est incompatible avec les annonces d'amélioration financière, de transformation et de qualité des hôpitaux publics. Comme les années antérieures, l'Hôpital Public, dont la dette doit être allégée, sera

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2019-le-nombre-de-places-en-hospitalisation-partielle-poursuit-sa>

paradoxalement amené à supporter un nouveau plan d'économie de plus d'1 Md €, et contribuera une fois de plus à la réduction des coûts de la Santé.

L'Etat s'était engagé en 2019 à un ONDAM hospitalier de +2,4% par an jusqu'en 2022 avant même d'envisager les augmentations salariales. **Le compte n'y est pas.**

POUR MEMOIRE LES TRANSFORMATIONS ET RESTRUCTURATIONS ONT ETE MAJEURES A L'HOPITAL PUBLIC

- 10% des établissements ont disparu : 158 entités hospitalières (1 522 en 2008, 1364 en 2018²).
- 15% des lits ont fermé entre 2008 et 2017 et les fermetures se sont poursuivies en 2018 et 2019³ (respectivement 4200 et 3400 fermetures de lits) y compris en pédiatrie où seul l'hôpital public permet l'accès aux soins.

Capacités d'accueil en hospitalisation complète et partielle en 2019, par discipline d'équipement

	2019	Évolution 2018-2019 (en %)
Nombre de lits d'hospitalisation complète	392 262	-0,9
MCO	201 781	-0,9
SSR	104 593	-0,9
Psychiatrie	55 058	-0,6
SLD	30 830	-0,8
Nombre de places d'hospitalisation partielle	78 790	1,9
MCO	33 848	1,2
SSR	15 173	6,5
Psychiatrie	29 769	0,5
Capacités d'accueil en HAD¹	19 077	5,5

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.
 1. Les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) sont mesurées par le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les établissements d'HAD. Le terme « places », utilisé auparavant pour désigner les capacités d'accueil, a été abandonné pour ne pas le confondre avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.

Champ • France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources • DREES, SAE 2018 (bases statistiques) et SAE 2019 (bases administratives), traitements DREES.

- L'hôpital fait sa révolution technologique : l'essor de la chirurgie ambulatoire est la transformation la plus visible mais tous les secteurs de l'hospitalisation sont concernés. Les avancées médicales ont permis la diminution de la durée de séjour au profit de suivis complexes assurés en ambulatoire et en externe, de la surveillance à distance (la télémédecine). Les patients relevant d'hospitalisation conventionnelle sont ceux pour qui la charge en soins est lourde et/ou urgente.

²Panorama des établissements de santé DRESS 2010 et 2019

³ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1164.pdf>



CIH CIU, octobre 2020

- L'hôpital s'adapte à une désertification médicale dans de nombreux territoires : en raison du *numerus clausus* ou de la mutation des métiers (retrait des libéraux de la permanence des soins, féminisation, départ en retraite des baby-boomers, baisse du nombre de pédiatres libéraux), le temps médical s'est raréfié en ville. L'hôpital assure de plus en plus souvent au dépend de ses missions de recours ou d'expertise, le suivi exhaustif des cohortes de malades chroniques, et les soins primaires, dits de proximité.
- Adaptation épidémiologique: le vieillissement et l'explosion des maladies chroniques, entraînent une augmentation du nombre de malades suivis, plus complexes, dès l'enfance jusqu'à des âges de plus en plus avancés, avec de multiples pathologies.

L'ACTIVITE S'EST ACCRUE

- L'activité hospitalière n'a cessé de croître : +834 380 séjours supplémentaires en hospitalisations complète ou partielle (14 715 737 séjours d'hospitalisation complète ou partielle en 2008 contre 15 550 117 en 2017). En raison de la mutation démographique et épidémiologique, l'activité hospitalière médicale est en augmentation constante. Le nombre de passages aux urgences a doublé en 10 ans (maintenant à 21 millions de passages annuels) mais, en l'absence de recours de ville, il est peu vraisemblable que la pénalisation financière (forfait urgence article 28 du PLFSS) des patients ait un autre impact que l'accroissement du renoncement aux soins pour les plus précaires

DES EVOLUTIONS NON FINANCEES

La croissance tendancielle des charges (innovations, médicaments...) a toujours été très supérieure à la croissance de l'ONDAM, imposant chaque année des économies. Chaque année les dotations et tarifs se sont toujours plus éloignés des coûts réels. Ainsi en 2019, la croissance tendancielle des charges a été de 8.8 Mds € (4.5%) et celle de l'ONDAM de 5 Mds € (2.5%) : l'économie imposée était donc de 3.8 Mds € dont un Md € pour l'hôpital.

La tarification à l'activité (T2A) a été un puissant mécanisme d'inflation et d'augmentation de l'activité : pour espérer être à l'équilibre, les hôpitaux ne pouvaient qu'augmenter les actes pour compenser la baisse régulière des tarifs des hospitalisations, baisse due à l'augmentation de l'activité qui devait rester dans l'enveloppe de l'ONDAM. Le personnel médical et paramédical devenait la variable d'ajustement sur des critères arbitraires. Ce cercle vicieux est connu pour sa contre productivité vis-à-vis de la pertinence des soins. Néanmoins même hors du mécanisme de la T2A, quand le financement s'éloigne des besoins (cf enveloppe forfaitaire de la psychiatrie), le soin se paupérise et ne peut plus assurer l'offre de soins nécessaire à la population.

- la T2A a incité les hôpitaux privés à développer et sélectionner des activités « rentables », au détriment de certaines médicalement utiles mais budgétairement coûteuses. L'hôpital public a continué ses missions d'accès aux soins pour tous, s'enfonçant dans un cercle vicieux de déficit.



CIH CIU, octobre 2020

- maitrise des effectifs : en 5 ans, les effectifs hospitaliers (parmi lesquels 34% d'administratifs proches ou éloignés des malades) ont augmenté de 2% alors que dans le même temps la production de soins progressait de 15%.
- dégradation du pouvoir d'achat des agents hospitaliers : quand, dans le secteur privé, l'évolution des salaires était de 1.6% entre 2009 et 2015, elle a été de -0.3% pour les soignants de l'hôpital public. Le salaire des infirmier(e)s hospitalier(e)s était un des plus bas dans les classements OCDE. Le rattrapage suite au Ségur de la Santé ne permet pas encore d'arriver, pour les infirmier.es hospitalier.es à la moyenne OCDE et le différentiel persiste tant pour ses missions que pour les rémunérations entre les différents secteurs puisque le Ségur s'est refusé à traiter de façon distincte les hôpitaux publics et les cliniques privées qui sont soutenues pour l'augmentation des salaires des personnels mais qui bénéficient aussi d'exonérations de cotisations (CICE).

CONSEQUENCES POUR LES SOIGNANTS

- Des sous effectifs depuis le passage aux 35h : le passage à des 35 heures non financées à l'hôpital, sans embauche à hauteur des besoins, a contribué à l'intensification du travail, à la dégradation des transmissions d'équipes, à la réduction du relationnel au strict minimum, cœur de leur métier
- Le seul budget maîtrisé : la masse salariale. Les salaires représentent 60 à 66% du budget selon l'établissement. C'est sur cette dépense que les hôpitaux ont dû agir sur pression des ARS, de l'IGAS, en se basant sur des critères éloignés de la charge en soins. Car les autres charges (médicaments, innovations...) ne sont pas à leur main.
- La dégradation des conditions de travail, l'intensification du travail atteint des niveaux incomparables : 50% des soignants estiment ne pas avoir le temps de faire convenablement leur travail (contre 27% des salariés en général), 7 à 10% d'absentéisme dont le coût est considérable et aggrave les charges de travail. Des ratios de personnel, sans lien avec la charge en soins ont été mis en place dans les hôpitaux (une infirmière pour 14 lits en court séjour, recommandation ANAP, quand la Californie en impose une pour six lits).
- La fuite des soignants. 30% des postes de praticiens hospitaliers sont vacants en France, difficultés voire impossibilité à recruter les paramédicaux : dans tous les hôpitaux de France des milliers de postes d'infirmières, kinés, manipulateurs radio...ne sont pas pourvus, entraînant la fermeture de plusieurs centaines de lits y compris dans des secteurs tels que la réanimation ou la pédiatrie, pour lesquels aucun recours en dehors de l'hôpital public n'existe. Les glissements de tâche sont en croissance exponentielle et coûteuses : l'absence de secrétaires par exemple, impose aux soignants et médecins de passer plusieurs heures par jour à assurer des tâches administratives au lieu de faire leur travail, pour un tarif horaire « peu rentable »



CONSEQUENCES POUR LES ETABLISSEMENTS ET L'ACCUEIL DES PATIENTS

- Le déficit des hôpitaux publics a empêché l'investissement. Le résultat net de l'ensemble des hôpitaux était déficitaire d'environ 200 millions en 2010, le déficit s'élève en 2018 à 731 millions. Six hôpitaux sur 10 sont en déficit. Les investissements des hôpitaux publics représentaient 11% de leurs recettes en 2010-2011, ils n'en représentent plus que 5.7% en 2017 soit 4.5 Md d'€. Ce défaut d'investissement pèse sur la qualité de l'accueil des malades et sur la qualité des soins dont ils vont pouvoir disposer. Il est prévu de permettre de consacrer 800 millions par an à l'investissement ce qui est une urgence absolue.

L'HÔPITAL PUBLIC FRANCAIS EST UN JOYAU DE NOTRE SYSTEME SOCIAL QUI A FAIT SES PREUVES LORS DES CRISES (canicule, crise de 2008, attentats, covid etc). Il faut reconnaître sa spécificité : il prend en charge tous les patients et toutes les pathologies sans distinction. Il faut lui garantir

1- un financement adapté :

Si on considère la part de la richesse nationale consacrée à l'hôpital public, elle est inférieure à la moyenne européenne (note France Stratégie 17 janvier 2019)...avec 0.5% de PIB en moins qu'ailleurs en Europe (cf tableau ci-dessous).

L'urgence est au rattrapage des financements, au financement intégral des annonces de juillet.

- **Des financements des effectifs pour enrayer la dégradation des conditions de travail mais aussi améliorer la qualité des soins**
- **Des financements de l'investissement pour permettre la meilleure prise en charge possible**
- **Des financements des salaires et d'embauches pour restaurer l'attractivité de l'hôpital**

Tableau 2 – Dépenses publiques par grand poste, en % du PIB potentiel, 2016

	Autriche	Allemagne	Belgique	Pays-Bas	Royaume-Uni	Espagne	Italie	Portugal	Danemark	Finlande	Suède	MOYENNE			ÉCART			
												Total	Nordiques	Autres	France	Total	Nordiques	Autres
Prestations de redistribution monétaire	18,7	15,0	16,7	11,4	13,3	15,0	19,6	16,5	15,6	18,7	12,9	15,8	15,7	15,8	20,1	4,3	4,4	4,3
- Retraites et vieillesse	13,8	10,3	10,5	5,4	7,3	10,7	15,4	13,5	7,4	12,3	7,7	10,4	9,2	10,8	13,8	3,4	4,6	2,9
- Aides sociales et autres revenus de remplacement dont chômage	4,9	4,7	6,2	6,1	6,0	4,3	4,2	3,0	8,2	6,4	5,2	5,4	6,6	4,9	6,3	1,0	-0,2	1,4
Fourniture de services sociaux et culturels	16,1	15,8	18,3	18,1	14,7	12,3	12,2	12,4	24,3	20,7	22,4	17,0	22,5	15,0	17,5	0,4	-5,0	2,5
- Santé dont hôpital public dont santé marchande et médicaments	7,6	6,6	7,2	7,3	7,4	5,9	6,7	5,8	8,1	7,0	6,7	6,9	7,3	6,8	7,9	1,0	0,6	1,1
- Éducation et recherche	5,1	2,9	3,7	4,5	6,1	-	3,3	3,4	6,4	3,2	2,9	4,1	4,2	4,1	3,6	-0,5	-0,5	-0,5
- Loisirs et activités culturelles	2,6	3,7	3,4	2,8	1,3	-	3,4	2,4	1,8	3,8	3,8	2,9	3,1	2,8	4,3	1,4	1,1	1,5
- Aides à la personne - financement d'établissements d'accueil	5,1	4,7	7,2	5,5	4,4	4,1	3,8	4,7	8,3	6,7	8,0	5,7	7,7	4,9	4,9	-0,7	-2,7	0,0
Fourniture de services généraux	8,5	8,3	8,6	8,4	7,4	7,3	7,2	8,8	6,8	9,8	8,5	8,1	8,4	8,0	9,3	1,1	0,9	1,2
- Défense, police, justice	1,9	2,6	2,5	3,0	3,8	2,8	3,1	2,7	2,1	2,4	2,5	2,7	2,3	2,8	3,4	0,7	1,1	0,6
- Administration générale dont APUC et ASSO dont APUL	6,6	5,6	6,0	5,4	3,6	4,5	4,1	6,0	4,7	7,4	6,0	5,5	6,0	5,2	5,8	0,4	-0,2	0,6
Soutien à l'économie	4,7	3,7	6,5	4,0	3,9	3,9	5,3	2,7	4,9	4,6	5,2	4,5	4,9	4,3	7,0	2,5	2,1	2,7
- Subventions et transferts dont APUC et ASSO (hors CICE) dont APUL	3,0	2,7	5,5	2,0	2,4	2,8	4,1	1,8	3,6	3,0	3,2	3,1	3,2	3,0	5,0	1,9	1,8	2,0
- Investissement (hors social et régalién) dont APUC et ASSO dont APUL	1,7	1,4	3,5	1,7	2,2	2,1	3,0	1,5	3,0	2,7	2,4	2,3	2,7	2,1	3,1	0,9	0,4	1,0
Charge de la dette	2,1	1,3	2,9	1,1	2,5	2,7	3,9	4,2	1,3	1,1	0,6	2,1	1,0	2,6	1,9	-0,3	0,9	-0,7
Total	50,1	44,1	52,9	43,0	41,7	41,3	48,2	44,5	52,9	54,9	49,6	47,6	52,5	45,7	55,7	8,1	3,2	9,9
Total hors CICE	50,1	44,1	52,9	43,0	41,7	41,3	48,2	44,5	52,9	54,9	49,6	47,6	52,5	45,7	54,8	7,3	2,4	9,1

Note : pour la France, les dépenses publiques totales, ainsi que les subventions et transferts, sont également présentés hors CICE. Alors que le CICE est conceptuellement équivalent, dans ses effets attendus et ses conséquences sur les finances publiques, à des exonérations de cotisations sociales (qui sont des « moindres recettes », et non des dépenses supplémentaires), le cadre de la comptabilité nationale les enregistre dans les dépenses. Étant donné qu'il n'existe aucun dispositif de cette ampleur (près de 1 point de PIB) dans les autres pays européens et que le CICE est transformé en exonérations de cotisations sociales à compter de 2019, il paraît plus logique de tenir compte de cette spécificité française en l'isolant dans l'exercice de comparaison.

Source : Eurostat, Commission européenne, calculs France Stratégie

2- **Une gouvernance** garantissant un fonctionnement apaisé avec des décisions partagées entre professionnels de santé, et usagers, épaulées par les administratifs « Je suis à fond pour une gouvernance médicalisée » a dit le Président Macron devant l'hôpital Rothschild. Cette gouvernance doit permettre la suppression de strates (Pôles, DMU), revenir aux services, aux équipes, à des circuits décisionnels courts, aux filières de soins, autoriser la démocratie participative. Cette décision est simple et non coûteuse, elle relève d'une volonté politique de changement.

La représentation nationale doit être consciente de sa responsabilité pour restaurer un service public hospitalier à la hauteur des besoins.