

Synthèse des analyses et positions de la FEHAP sur la rénovation du service public hospitalier (SPH) et ses liens avec la dynamique de service public territorial de santé (SPTS)

Préambule commun de la FEHAP et d'Unicancer

La FEHAP et UNICANCER partagent ensemble le souhait d'une dynamique de rétablissement du service public hospitalier (SPH) qui prenne en compte la place des établissements de santé non lucratifs participant de très longue date au service public hospitalier, au même titre que les établissements publics de santé.

Elles estiment que le désintéressement personnel des dirigeants et la non-lucrativité absolue des établissements de santé privés non lucratifs ont une réelle valeur distinctive et appréciative dans la société civile : le projet politique relatif au service public hospitalier doit prendre en compte cette réalité.

La FEHAP et UNICANCER estiment également que d'autres demandes sociales fortes doivent être prises en compte dans la démarche de rétablissement du service public hospitalier et valorisées :

- la réduction des délais d'attente, qui doivent être maîtrisés précisément pour certains actes et séjours,
- l'objectif de zéro reste à charge en établissement de santé, après intervention des organismes complémentaires,
- l'absence de dépassements d'honoraires qui caractérise les établissements de santé privés non lucratifs.

Pour la FEHAP et UNICANCER, la réflexion consacrée à l'ouverture à d'autres composantes d'une démarche coopérative et loco-territoriale de service public (professionnels de santé libéraux en ville, secteur social et médico-social, etc.), dans le cadre des réflexions sur le service public territorial de santé (SPTS), ne doit pas pour autant diluer les exigences de rétablissement du noyau dur historique, et à forte charge symbolique, du service public hospitalier.

Les 7 axes directeurs des analyses et propositions de la FEHAP sur la rénovation du service public hospitalier (SPH) et la dynamique du service public territorial de santé (SPTS):

- 1) **Rétablir le « bloc de service public hospitalier »**, dans un continuum « soins-enseignement-recherche », dans la ligne directrice posée par le rapport Couty et les déclarations de Marisol Touraine à ce sujet.

- 2) **Rétablir le lien entre « le bloc de service public » et son portage par les établissements publics de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), dans leur vocation naturelle de « participant au service public hospitalier » (PSPH).** L'écriture d'un texte de loi, qui comporte ses dimensions techniques voire nécessairement technocratiques, doit prendre soin de ne pas trop s'éloigner des perceptions et sensibilités de la société civile, pour laquelle la non-lucrativité publique ou privée non lucrative est une valeur de rang élevé concernant les activités de santé.
- 3) **Répondre, avec les obligations de service public, aux demandes profondes des français et des parlementaires qui les portent : les délais d'attente, l'absence de reste à charge.** Ce sujet amène une difficulté avec le sujet emblématique de l'activité libérale des praticiens hospitaliers dans les EPS et de son encadrement (suffisant ou non). Cette question existe d'une autre manière pour 10 établissements de santé privés non lucratifs (sur 700), du fait d'une situation historique de collaboration très ancienne avec des médecins libéraux. La logique serait d'organiser cette collaboration dans le cadre d'une activité libérale uniquement en secteur opposable ou en secteur 1. Toutefois et dans certaines disciplines, le respect du secteur 1 est devenu illusoire, du fait du fort décalage apparu entre les tarifs de la sécurité sociale et les coûts : ici aussi se présente un énorme sujet de neutralité tarifaire, sous lequel il s'avère que le vrai sujet est tout autant celui de l'équité de fixation par la sécurité sociale des montants d'honoraires entre disciplines médicales (et donc entre patients), et non seulement le sujet de la partie émergée de ce sujet sous la forme des dépassements d'honoraires. Pour la FEHAP, le rétablissement du service public hospitalier doit traiter de ce sujet, et au moins serait-il possible de se situer dans une démarche de « zéro reste à charge après intervention des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaires ».
- 4) **Rétablir des obligations de service public qui participent aussi des prérogatives nécessaires du DG-ARS pour assurer la « légitime défense » de l'intérêt général, à savoir :**
- a. La définition et validation des orientations stratégiques associant l'EPS ou le PSPH et le DG-ARS,
 - b. La transparence et la validation des comptes des EPS et PSPH par le DG-ARS (EPRD, PGFP voire PRE),

- c. L'administration provisoire en cas de défaillance répétée et continue de la gouvernance de l'EPS et du PSPH
- d. Le respect des principes d'égalité, de neutralité et de continuité du service public pour l'ensemble des activités de soins menées par l'EPS ou le PSPH,
- e. L'obligation de proposer une réponse à des besoins de santé ou à des territoires non couverts, lorsque l'ARS en fait le constat et en formule la demande aux EPS et PSPH, (obligation qui apporte un élément de lien direct et cohérent entre la rénovation du SPH et la promotion d'une dynamique de SPTS),
- f. Une non-lucrativité absolue et un désintéressement personnel des dirigeants non-salariés des EPS et PSPH, avec des dispositions explicites concernant d'éventuels conflits d'intérêt à prévenir des différentes parties prenantes aux décisions prises.

- 5) **Amplifier la participation des usagers et de leurs organisations représentatives dans la gouvernance** des établissements de santé publics et privés non lucratifs (dont les usagers sont souvent à l'origine et en responsabilité de gestion), **mais aussi dans la gouvernance territoriale**, avec la régulation territoriale du SPH (et du SPTS) avec les autorités de contrôle et de tarification,
- 6) **Organiser sous la forme de concessions de service public**, l'implication de structures privées de droit commercial, pour satisfaire les besoins de la population avec des garanties et obligations de service public, ainsi que les compensations adaptées desdites sujétions,
- 7) **Ouvrir la possibilité à des structures privées de droit commercial qui opteraient pour le statut d'entreprise de l'économie sociale et solidaire (vote du Sénat du 7 Novembre)**, avec une lucrativité limitée ou encadrée des propriétaires de parts sociales (réinvestissement majoritaire dans l'entreprise) et qui fonctionneraient dans le cadre d'une absence de reste à charge pour les patients après intervention des organismes d'assurance-maladie obligatoire et complémentaires, de bénéficier en contrepartie de la possibilité d'exercer une option d'adhésion à l'échelle publique des tarifs.