

## *Loi Bachelot*

### *« Hôpital Patient Santé Territoire »*

### *La fin programmée de la santé publique*

#### Sommaire:

**T2A: Tarification à l'Activité**

**PLFSS: Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale**

**Projet de Loi HPST: Hôpital, Patient, Santé, Territoire**

**Dans le médicosocial**

**Les Franchises Médicales**

**La privatisation tisse sa toile**

**20 000 postes en ligne de mire**



## Mieux connaître leurs lois destructrices pour mieux les combattre !

**Le PLFSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale)** qui vient d'être adopté s'attaque une nouvelle fois à l'Assurance-maladie et impose de nouvelles mesures d'économies aux hôpitaux.

**La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires)**, actuellement en discussion, s'attaque aux hôpitaux publics, aux établissements à but non lucratif Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) ainsi qu'au secteur médico-social.

Face au déferlement médiatique et à la présentation fallacieuse par la ministre de la Santé elle-même, il nous a semblé indispensable de vous éclairer autrement sur ces deux lois.

**Nous vous proposons dans ce dossier d'en expliquer les mécanismes, d'en comprendre les enjeux et les finalités afin de les combattre avec la détermination et l'ampleur qu'elles exigent...**

Ces deux lois sont complémentaires : c'est en effet l'assurance-maladie qui finance le système de soins. Autrement dit, si l'Assurance-maladie éternue, c'est tout le système de soins non marchant qui s'enrhume ...

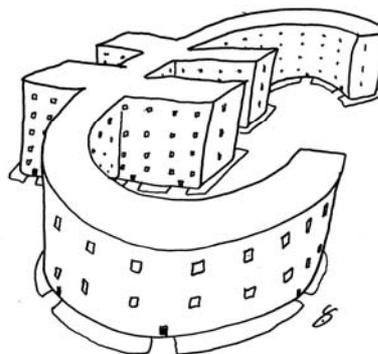
La machine à broyer l'hôpital public s'est mise en marche et touche de nombreux établissements sur l'ensemble du territoire !

**Le but est d'achever le système de santé public!  
La mobilisation de tous les hospitaliers, des usagers, des élus et plus largement de tous les citoyens est nécessaire !**

**La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 avait déjà profondément réformé le mode de financement des établissements de santé.**

Les recettes des établissements proviennent désormais de la rémunération de leurs activités, ce qui les contraint à augmenter leurs activités pour en réduire leurs coûts de revient. Actuellement des dotations supplémentaires leur sont allouées pour financer leurs missions d'intérêt général (urgences, formations des médicaux et des paramédicaux, recherche, centres de dépistage anonyme et gratuit, soins aux détenus etc...).

**La loi HPST s'attaque également au secteur médico-social.** La contractualisation dans le cadre des CPOM se généralise rompant avec une logique d'offre de services médico-sociaux et de santé au profit d'une logique de résultats qui contribue à la marchandisation du secteur médico-social.



### Glossaire:

**ARS:** Agence Régionale de Santé  
**GCS:** Groupement de Coopérations Sanitaires  
**CS :** Conseil de Surveillance  
**CHT:** Communauté Hospitalière de Territoire  
**CA:** Conseil d'Administration  
**CTE:** Comité Technique d'Établissement  
**CME:** Commission Médicale d'Établissement  
**EPRD:** Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses  
**CPOM:** Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
**DGARS:** Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé



## La tarification à l'activité (dite T2A)

### 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 prédéterminée.

Exemple : appendicectomie valorisée à 1800 € qui englobe l'ensemble du coût prédéterminé du diagnostic à la convalescence.

Un établissement qui en pratiquera 500 par an recevra 1800 € x 500 soit 900 000 €.

Le même principe employé pour toutes les pathologies permet d'attribuer le budget total de l'établissement. Le budget devenant l'Etat prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) est évolutif en fonction de l'activité réellement réalisée et de sa tarification.

**Conséquence: Si l'hôpital est plus coûteux pour traiter telle ou telle pathologie, il a tendance à l'abandonner ou tout au moins à la réduire.**

Les établissements situés dans des bassins de vie peu densifiés ont aussi des difficultés à avoir des bas coûts par pathologie car ils ne peuvent pas en traiter un nombre suffisant pour amortir leur coût. (C'est déjà bien la situation des petites maternités ou des blocs opératoires qui sont fermés non pas par manque de sécurité, mais par mesure d'économie). 200 établissements publics (sur un total de 1000) sont condamnés soit à disparaître, soit à fusionner faute d'activité suffisante, car pas suffisamment «productifs».

Bien évidemment quelques dispositifs correctifs sont proposés pour tenir compte des régimes différents des rémunérations des personnels (statut fonction publique hospitalière d'un côté, conventions collectives de l'autre).

Des forfaits sont alloués aux établissements (enveloppes MIGAC) pour la prise en charges des missions dites d'intérêt général telles que les urgences, la prise en charge de la précarité, des activités dites coûteuses ou rares hors nomenclature ainsi que les activités de recherches et de formation. **On ne parle plus déjà plus de service public comme dans le traité constitutionnel européen !**

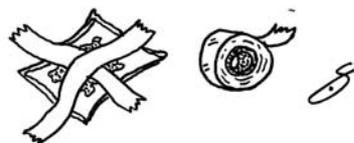
En 2012 les tarifs appliqués aux établissements publics et aux cliniques commerciales doivent converger, ce qui mettra le secteur commercial directement en concurrence avec le secteur public pour qu'il diminue encore ses « coûts de revient » (baisse des dotations hospitalières estimées à 30% d'ici 2012 !).

Nous voyons déjà les établissements de santé entrer en concurrence les uns contre les autres pour capter les patients «rentables» et se défaire 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.

La loi « Bachelot » 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 actuel, ils n'ont clairement plus leur place.

... ET SI ON  
REMPLECE LE  
SPARADRAP PAR DU  
SCOTCH... ON FAIT  
DES ECONOMIES !



## Qu'est le PLFSS, Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale?

C'est le plan Juppé de sinistre mémoire qui a institué en 1995 le vote du PLFSS par le parlement. Depuis, tous les ans en fin d'année, une enveloppe limitative des dépenses de la sécurité Sociale est fixée pour l'année suivante, avec pour objectif déclaré la diminution des dépenses de l'Assurance maladie. La part des dépenses d'Assurance Maladie consacrée à l'hôpital public n'a fait que baisser depuis vingt ans, passant de 42 à 34 %. Au contraire, les dépenses que l'usager doit payer de sa poche augmentent.

**Le PLFSS 2007/2008** a mis en place toute une batterie de nouvelles franchises, sur les boîtes de médicaments, les transports sanitaires, etc...

Elles se sont ajoutées aux forfaits et franchises déjà existants : forfait hospitalier de 16 euros par jour, 1 euro par consultation médicale, forfait de 18 euros pour les actes hospitaliers coûteux au-dessus de 91 euros.

Elles s'ajoutent aussi aux multiples déremboursements de médicaments, aux pénalités hors parcours de soin, sans parler des dépassements d'honoraires qui explosent scandaleusement.

### **Le PLFSS 2009, économiser 4 Milliards d'euros ! Par quels moyens ?**

Un milliard d'économies est obtenu en taxant les complémentaires santé. R. Bachelot a communiqué sur le thème : « ça ne coûtera rien aux usagers ». C'est un mensonge, les complémentaires ont annoncé qu'elles répercuteraient bien évidemment cette taxe sur le prix des cotisations de leurs adhérents. **En échange de cette taxation**, les mutuelles et les assurances privées ont obtenu d'entrer plus largement dans les organismes de gestion de la Sécurité Sociale (ce qu'avait initié la réforme Douste-Blazy de 2004). **C'est un véritable cheval de Troie du privé dans le système public et solidaire.** Axa et Groupama... se frottent les mains, ils entrent dans la gestion de la caisse d'assurance maladie et s'ouvrent l'accès aux fichiers de la sécu!

Pour diminuer les dépenses de **médecine de ville**, un « deal » est passé avec les médecins : leurs honoraires pourront être revalorisés s'ils diminuent leurs prescriptions...

Les hôpitaux sont invités quant à eux à diminuer leurs **dépenses en médicaments onéreux** (anticancéreux essentiellement). S'ils dépassent le

plafond fixé, ils seront sanctionnés financièrement. Tant pis pour les malades !

Dans le cadre de l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie), le taux de progression des **budgets des hôpitaux** est fixé à 3,1%, taux notoirement insuffisant. Ce taux devrait être d'au moins 4,15% selon les directeurs d'hôpitaux de la FHF (Fédération Hospitalière de France). Ce taux entraînera mécaniquement 20 000 suppressions de postes (voir ci-contre) !

Ces sous financements chroniques depuis 10 ans, s'accompagnent de plusieurs mesures: mise en place des ARH, accréditations, réforme des modes de financement (T2A) et de la gouvernance, regroupements de services et d'hôpitaux. Total, les établissements publics n'ont plus les moyens d'investir dans les projets nouveaux et le levier pour éviter les déficits est la masse salariale.

On voit bien comment, au fil des PLFSS successifs, on glisse progressivement **d'un système solidaire et égalitaire**, où chacun cotise selon ses moyens et est soigné selon ses besoins, **vers un système individualisé et privatisé**, où la part de l'assurantiel privé augmente avec une conséquence : seuls ceux qui peuvent payer sont bien soignés. 14% des français sont exclus des soins. C'est ce que nous révèle une récente enquête de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Éducation de la Santé). 8% de la population n'a pas, ou plus, de mutuelle, soit 5 millions de personnes !

### **A cette inégalité sociale, s'ajoute une inégalité géographique.**

Aujourd'hui, selon la région où on habite, l'accès aux soins est en effet plus ou moins difficile. Dans le Pas de Calais par exemple, on dénombre un médecin généraliste pour 460 habitants contre un généraliste pour 60 habitants en région PACA.

Nous assistons déjà à l'apparition de véritables déserts médicaux, dans certaines zones rurales ou certaines banlieues déshéritées.

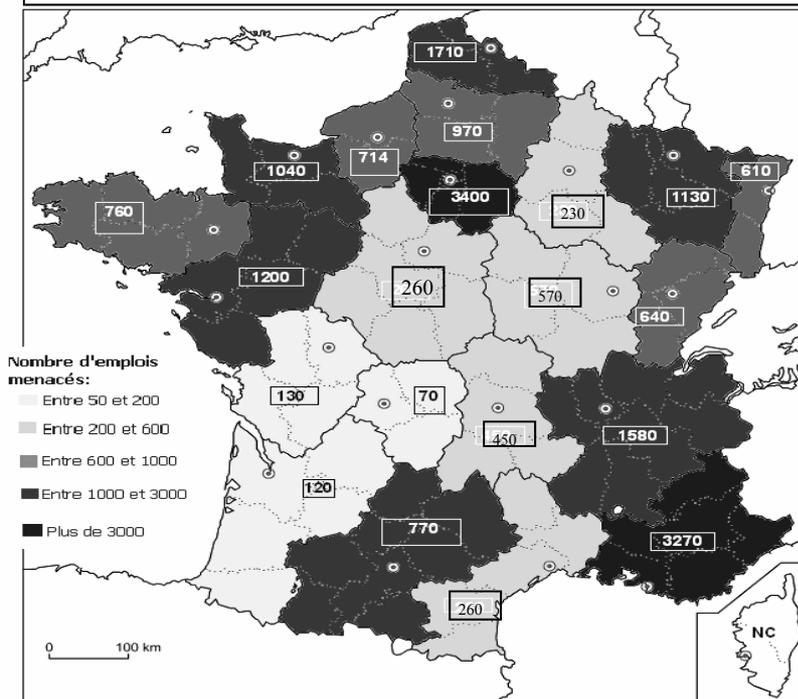
Et la fermeture de nombreuses structures sanitaires de proximité n'y est pas étrangère.

C'est vers cette régression sociale honteuse que la politique du gouvernement nous entraîne.

**Le système est malade du libéralisme et le remède proposé par la loi HPST, à en rajouter une louche...**



## Les conséquences de la T2A sur l'emploi



## La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire)

Le projet de loi « HPST » a donc été adoptée par le conseil des ministres et sera discutée au parlement à partir de Février 2009.

**Sous les titres de « modernisation des établissements, « d'accès de tous à des soins de qualité », de « prévention et santé publique » et « d'organisation territoriale », elle dessine une politique de santé centralisatrice, autoritaire et ultra libérale.**

Elle met en place une organisation qui s'inspire du code du commerce et de l'industrie et réforme profondément l'exercice des pouvoirs à l'intérieur des établissements et entre les directeurs d'établissement et l'autorité de tutelle.

**Elle modifie l'organisation du système de soins pour atteindre l'objectif annoncé de regrouper en 200 communautés hospitalières de territoire les 1050 établissements publics de santé.**

En premier lieu elle abolit la notion de service public au profit de « missions de service public » qui pourront être désormais assurées par le secteur commercial et les cabinets libéraux.

Les établissements publics de santé seront regroupés dans un statut unique, afin de faciliter les fusions.

Le statut d'hôpital local n'existera plus.

Le statut juridique des établissements actuellement dits « PSPH » (Participant au Service Public Hospitalier) disparaîtra à la fin des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) en cours, au profit d'un cadre unique avec les cliniques.

Les missions de services publics concerneront les actions de santé publique et la prise en charge des hospitalisations psychiatriques sous contrainte.

La lutte contre l'exclusion sociale n'est pas mentionnée.

Les établissements publics pourront recourir à des praticiens libéraux pour assurer la permanence des soins.

Les établissements pourront créer des fondations pour la recherche en se rapprochant de l'industrie.

**Ces fondamentaux balayés, les Agences Régionales de Santé vont mettre une main de fer sur l'organisation sanitaire et médico-sociale à l'échelle de la région.**

## Les Agences Régionales de Santé, pouvoir de vie et de mort sur les établissements :

Elles auront pour mission, dès leur création en janvier 2010, de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé et de veiller à la gestion efficiente du système en matière de :

- \* santé publique
- \* soins ambulatoires et hospitaliers
- \* prise en charge et accompagnement dans le médico-social
- \* professions de santé

Elles auront la compétence des actuelles Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) + le volet médico-social des services de l'Etat + certaines compétences de l'assurance maladie.

Sous la tutelle des ministères de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, les ARS seront des personnes morales de droit public de l'Etat et disposeront d'une autonomie administrative et financière.

**Leurs missions sont claires : coordonner l'évolution du système hospitalier par redéploiement des services, activités ou équipements lourds en vue de rationaliser l'offre de soins et d'en diminuer le coût.**

### A la tête de l'ARS, un Super Patron :

Le Directeur Général, nommé par décret en conseil des ministres, régnera ainsi en maître (*enfin en sous-maître,*) sur les professions de santé, le secteur hospitalier et les établissements et services médico-sociaux sur une région.

Il pourra lui-même désigner des agents pour remplir des missions d'inspection et de contrôle.

C'est lui qui définira les territoires de santé pertinents. Il arrêtera le projet régional.

**Il pourra imposer toutes formes de coopérations entre les établissements et les professionnels, entre les établissements publics et les établissements privés (par les Groupements de**

Coopération Sanitaire, dits GCS) et imposer la réorganisation de l'offre de soins par la création des « Communautés Hospitalières de Territoire » (CHT).

Il signera les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui concerneront obligatoirement les établissements de santé, les Communautés Hospitalières de Territoire, les Groupements de Coopérations Sanitaires et éventuellement les réseaux de santé, les centres et maisons de santé et les établissements et services médico-sociaux.

**Les CPOM prévoiront désormais des pénalités financières pour les établissements n'ayant pas atteint les objectifs fixés, dans la limite de 1% des recettes de l'assurance maladie du dernier exercice.**

Le Directeur Général disposera de pouvoirs accrus sur les directeurs d'établissement, décidera du caractère contractuel ou statutaire du poste, fixera les objectifs assignés qui serviront de base à leur évaluation.

Il fixera la part variable de leur rémunération (jusqu'à 70% de la part fixe).

**A l'échelle locale, dans les établissements, le pouvoir de l'exécutif sera aussi renforcé.**



## Organisation interne des établissements:

Ces dispositions entreront en vigueur dès promulgation de la loi.

**Le Directeur deviendra le Président du Directoire.**

**Le Directoire remplacera le Conseil Exécutif (CE).**

**Le Conseil de Surveillance (CS), organe délibérant, remplacera le Conseil d'Administration.**

**Le Directeur, « Patron » de l'établissement :**

Ses pouvoirs et son autonomie seront renforcés.

Il n'aura pas besoin d'avoir la qualité de fonctionnaire pour être nommé.

Il sera nommé par le conseil des ministres pour les CHU et par arrêté du directeur du centre national de gestion pour les autres établissements, sur proposition du DGARS après avis du président du CS.

Il disposera du pouvoir de nomination sur l'ensemble des personnels, y compris les directeurs-adjoints et les directeurs des soins, à l'exception des médecins pour lesquels il proposera des nominations au directeur du centre de gestion national. Il pourra mettre fin aux fonctions des praticiens en cas de restructurations. Il déterminera la part variable de rémunération des directeurs-adjoints.

**Il prendra des décisions sur la politique sociale (l'intéressement notamment), l'organisation interne (organisation du travail, temps de repos) et le règlement intérieur.**

Il signera les CPOM (sans délibération préalable des Conseils de Surveillance).

Il déterminera les programmes d'investissement, fixera l'EPRD, déterminera les tarifs de prestations, arrêtera le projet médical, proposera les participations aux coopérations inter hospitalières et aux réseaux.

Il pourra autoriser des libéraux à participer à l'exercice des missions de l'établissement.

Ses décisions seront exécutoires dès réception à l'ARS à l'exception de l'EPRD.

Sur proposition du DGARS ou du président du directoire de la CHT, il pourra toutefois se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis.

**Le Directoire :**

Composé de 5 membres (7 pour les CHU) nommés et révocables par le directeur, le président de la CME en sera le vice-président.

Ses missions seront réduites par rapport à celle des CE actuels.

Il ne préparera pas par exemple les mesures du CPOM, les plans de formation, les plans de redressement. Il ne donnera pas d'avis sur la nomination des chefs de pôle.

Il préparera le projet d'établissement et conseillera le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Il donnera son avis sur l'EPRD fixé par son président.



## Le Conseil de surveillance :

Sorte de Conseil d'Administration fantoche aux membres réduits à 12, il sera présidé par un membre élu en son sein parmi le collège des personnes qualifiées ou celui des représentants des collectivités territoriales (ou à défaut, désigné par le ministre).

**La représentation des personnels sera limitée : deux représentants médicaux désignés par la CME (Commission Médicale d'Établissement), deux représentants non médicaux désignés par le CTE (Comité Technique d'Établissement). Celle des représentants des usagers aussi (2). Les représentants des collectivités territoriales seront 4 au plus.**

Il est précisé par ailleurs que les membres du conseil de surveillance, tout comme ceux du directeur, seront tenus à discrétion à l'égard des informations.

Le Directeur Général de l'ARS assistera ou se fera représenter au Conseil de Surveillance et pourra inscrire toute question à l'ordre du jour. Un directeur de la caisse d'assurance maladie (désigné par le DGARS) assistera au conseil.

Son champ de compétence sera limité par rapport aux Conseils d'Administration actuels :

Le CS ne délibèrera pas sur :

- \* l'EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et dépenses),
- \* le CPOM,
- \* le plan de redressement,
- \* l'organisation interne de l'établissement,
- \* la politique sociale,
- \* la politique immobilière,
- \* le règlement intérieur,
- \* la politique de la qualité et de l'accueil des usagers.

Il ne délibèrera pas non plus sur les coopérations inter hospitalières, ni sur le programme d'investissement pluriannuel.

Ses délibérations seront seulement requises sur le projet d'établissement, le compte financier et l'affectation des résultats, le rapport annuel d'activité, les conventions.

Dans cette énième « nouvelle gouvernance », l'organisation en pôle restera de mise.

Les pouvoirs des chefs de pôle, qui remplaceront les actuels responsables de pôle, seront eux aussi étendus à l'intérieur des pôles.

## Le chef de pôle :

Il est nommé par le directeur après avis du Président de la CME et non plus par décision conjointe.

**Il organisera le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines, l'intéressement aux résultats.**

Le chef de pôle aura autorité sur l'ensemble des personnels du pôle et donc sur les affectations.

Il ne sera plus nécessairement assisté par un cadre infirmier.

**Les références aux unités fonctionnelles, services et bien évidemment chefs de service n'existeront plus.**

Comme pour les directeurs, un nouveau statut de contractuel sera proposé aux praticiens... toujours pour renforcer l'attractivité de l'hôpital public...

La part variable attribuée en fonction de la réalisation des objectifs pourra aller jusqu'à 70% de la part fixe.

C'est le CPOM qui définira le nombre maximum, la nature et la spécialité médicale des emplois concernés.

Des sanctions financières sont par ailleurs prévues pour les médecins qui ne coderont pas, ou pas suffisamment vite, leurs actes, par des retenues sur rémunération.

Les Directeurs des Soins (DSI) seront recentrés sur des missions transversales liées à la qualité des soins.

