



Fédération SUD Santé-Sociaux

Loi Bachelot « Hôpital Patients Santé Territoires » 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,
Patients, Santé,
Territoires

Dans le médico-social

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 tous le système de soins non marchant qui s'enrhume ...

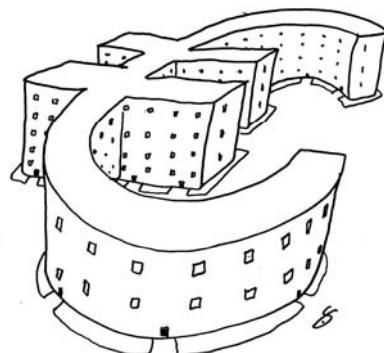
La machine à broyer l'hôpital public s'est mise en marche et touche de nombreux établissements sur l'ensemble du territoire !

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 constraint 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 rompt 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'Etablissement
- CME: Commission Médicale d'Etablissement
- 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 $1800 \text{ €} \times 500$ 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 !**

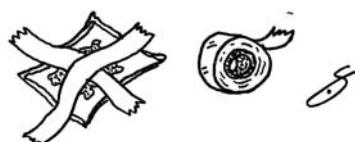
En 2012 les tarifs appliqués aux établissements publics et aux cliniques commerciales doivent converger, ce qui mettra le secteur commercial directement en concurrence avec le secteur public pour qu'il diminue encore ses « coûts de revient » (baisse des dotations hospitalières estimées à 30% d'ici 2012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

Nous voyons déjà les établissements de santé entrer en concurrence les uns contre les autres pour capter les patients «rentables» et se défausser 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
REPLACE 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 poches 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 répercuterait 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 Douston-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.

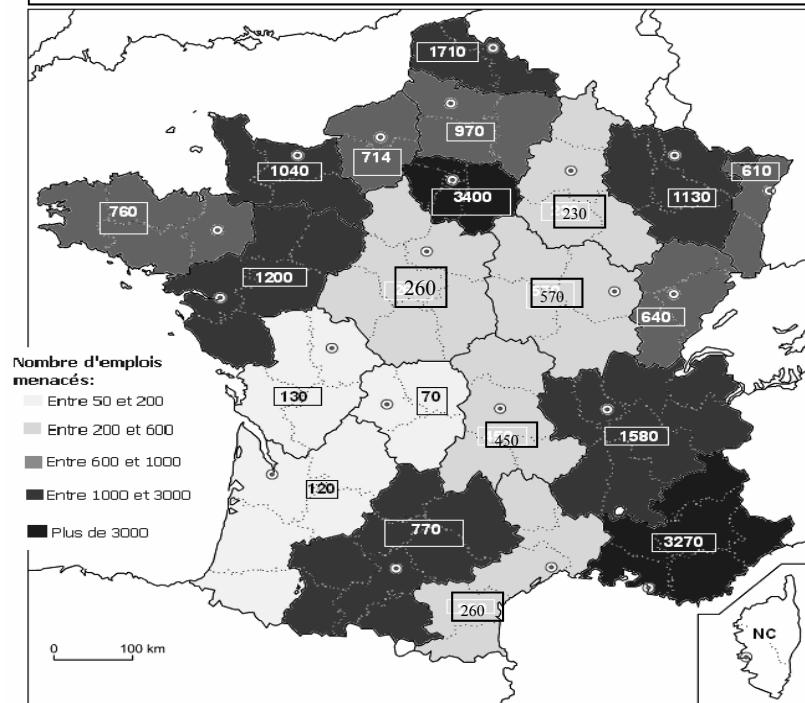
Et la fermeture de nombreuses structures sanitaires de proximité n'y est pas étrangère.

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'emplois



La loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoires)

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'intérressement 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'Etablissement), deux représentants non médicaux désignés par le CTE (Comité Technique d'Etablissement). 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 directoire, 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 délibérera 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 délibérera 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.



Les coopérations entre les établissements:

Les Communautés Hospitalières de Territoire :

Les CHT résultent de la fédération de plusieurs établissements, à l'initiative des établissements ou du DGARS. Ils permettront aux établissements de mutualiser certaines fonctions ou activités et de réorganiser l'offre de soins.

Il s'agit en fait d'une fusion déguisée. Bien que restant autonome sur le plan juridique et financier, les établissements membres disposeront en fait de peu d'autonomie dans ce paysage.

Il y aura délégation de compétences vers un établissement siège.

C'est la convention constitutive de la CHT, signée par les directeurs des établissements membres, qui fixera la composition de son CS, les modalités de coopération et de mutualisation des ressources humaines.

A noter que cette composition pourra être modifiée par le président du directoire de la CHT ou par le DGARS. Ce dernier aura même la possibilité de faire adhérer un autre établissement.

La CHT sera organisée comme les établissements : Directeur, directoire, conseil de surveillance.

Le CS de la CHT sera composé en partie de représentants des collectivités territoriales, de représentants du personnel et des personnes qualifiées membres des CS des établissements adhérents avec un nombre de membres égal à celui des CA actuels (22 hors CHU).

Le directoire de la CHT sera composé en partie des membres des directoires des établissements adhérents.

La CME de la CHT sera composée en partie de représentants des personnels médicaux des établissements adhérents.

Le CTE de la CHT sera composé en partie de représentants du personnel des établissements adhérents.

Un CTE local se réunira dans les établissements adhérents.

La CHT pourra par ailleurs ne constituer qu'une commission des relations avec les usagers pour l'ensemble des établissements.

Les pouvoirs du directeur de la CHT :

Après simple avis des CS des établissements adhérents et de la CHT, le directeur de la CHT (DCHT) décidera des transferts de compétences et d'autorisations d'activités de soins et d'équipements et matériels lourds entre les établissements adhérents à la CHT.

Lorsque de tels transferts auront eu lieu, l'établissement titulaire de la compétence ou de l'activité cédée transfèrera, par décision du président du directoire les emplois afférents (cession des emplois et transfert des agents).

Il sera procédé de même pour les transferts de propriété de biens.

Le DCHT disposera d'un pouvoir hiérarchique sur les directeurs des établissements membres.

Il déterminera la part variable de rémunération des directeurs des établissements associés, comme le DGARS le déterminera pour le directeur local et le directeur local à son tour pour les directeurs-adjoints.

Une version dite « CHT intégrée » est prévue, elle comportera une direction unique et maintiendra des instances locales pour les représentants des personnels non médicaux.

SOS HOPITAUX DE CAMPAGNE



Les Groupements de Coopérations Sanitaires :

Ils constituent le mode de coopération privilégié entre les établissements publics et privés, ils remplaceront les Syndicats Inter Hospitaliers (SIH) et les fédérations médicales. Ils permettront aussi des coopérations entre les établissements publics et les professionnels de santé libéraux ou le secteur médico-social.

Les GCS leur permettront de mutualiser des moyens, d'exercer une activité en commun sur un ou plusieurs territoires de santé et à l'échelle d'une ou de plusieurs régions.

Dans un délai de trois ans à compter de cette loi, les SIH prendront la forme d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) ou d'un **Groupement de Coopérations Sanitaires** (GCS).

Les GCS seront créés à l'initiative des membres ou du DGARS et comporteront au moins deux membres dont un établissement de santé et donneront lieu à signature d'un CPOM avec le DGARS.

Leur but sera non lucratif. Ils seront constitués en personne morale de droit public ou privé.

Organisation :

Une assemblée générale composée des membres du groupement prendra les décisions intéressant le groupement. Un administrateur sera élu en son sein pour mettre en œuvre les décisions.

Si le GCS est un établissement public, il sera doté d'un CS et d'un directoire. Le président du directoire sera dans ce cas l'administrateur.

Le GCS pourra être employeur, la situation des personnels sera fonction du statut, public ou privé, du GCS.

Les autres mesures de la loi HPST :

Les pouvoirs et la réorganisation de l'offre de soins sont posés.

L'esprit de cette loi est de passer d'une obligation de moyens à une obligation de résultats pour le système de santé publique.

Elle signe ainsi la fin de la démocratie sanitaire.

Elle rationalise l'offre de soins, elle instaure la collaboration entre le secteur marchand, et notamment l'industrie pharmaceutique et les établissements publics, elle transfère des activités ou équipements et les agents qui vont avec, dans la région et au-delà.

Elle introduit des salaires à part variable, pour les médecins, les directeurs et à tous les agents par le

biais des intérêsses à l'intérieur des pôles, en fonction de la réalisation d'objectifs essentiellement financiers.

Elle limite l'expression des personnels, des usagers et des élus.

Elle prévoit aussi d'autres dispositions comme l'encadrement de l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs et des cigarettes-bonbons.

Elle prévoit un programme d'éducation thérapeutique pour des pathologies fixées par décret. Les conditions de formation et d'expérience professionnelle pour les éducateurs de santé seront définies par décret.

Elle limite en les encadrant, c'est-à-dire qu'elle légalise, les refus de soins par les médecins et les dentistes.

Elle organise les pénalités financières et les sanctions en cas de récidive.

La question des dépassements d'honoraires est « réglée » : ils ne doivent pas dépasser le « tact et la mesure » et sont assujettis à une information écrite préalable au patient.

Elle prévoit ce qui sous la formule « coopération entre professionnels de santé » n'est rien d'autres que l'organisation de glissements de tâches, entre médicaux et non médicaux. Il s'agit de transferts d'actes encadrés par des protocoles nationaux élaborés par la Haute Autorité de Santé.

Ces transferts d'actes permettront de déroger aux règles actuelles définissant les compétences.

Elle définit le nombre d'internes à former par spécialité pour 5 ans.

Elle comporte un chapitre sur les représentativités des professions libérales.

Elle prévoit aussi des dispositions relatives aux établissements et services médico-sociaux.

Elle modifie les procédures d'encadrement, notamment les autorisations. Avec la main mise des ARS sur le médico-social on va voir s'accélérer le regroupement de malades chroniques dans des structures moins coûteuses (y compris en puisant des fonds de solidarité départementaux) accueillant pèle mêle malades psychiatriques chroniques, personnes tétraplégiques, comateuses et autres déficientes intellectuelles... structures invivables pour les usagers et ingérables pour les personnels...

La psychiatrie n'est quant à elle pas traitée dans cette loi, les préconisations de la mission Couty qui vient de se clore seront intégrées par le biais d'amendements. 30% des lits étant déjà implantés en hôpital général, ce qui est à craindre c'est la dilution de la psychiatrie dans la Médecine Chirurgie Obstétrique.

Les franchises médicales:

La franchise est une somme directement déduite des remboursements versés par les caisses d'assurance maladie pour les médicaments, les actes paramédicaux (*IDE*, *kiné*, *orthophoniste*, *orthoptiste*, *podologue*) et les transports sanitaires. Contrairement au ticket modérateur (part non remboursée par la sécu), les franchises ne peuvent être prises en charge par les mutuelles.

Ces franchises ne s'appliquent pas lors d'une hospitalisation complète ou d'une hospitalisation à domicile, ni sur les transports d'urgence (*toutefois les hospitalisations et les transports donnent lieu à d'autres prélevements : ticket modérateur, forfait hospitalier*)

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants mineurs et les femmes enceintes, au 1er janvier de l'année en cours, sont exonérés des franchises

LES MONTANTS

- 0,5 € par boîte de médicament (ou toute autre unité de conditionnement) et par acte paramédical.

- 2 € pour les transports sanitaires.

LES PLAFONDS

Les franchises médicales sont limitées par deux plafonds fixés par décret (n°2007-1937 du 26/12/2007) :

* un plafond journalier de 2 € pour les actes paramédicaux (sachant qu'un même professionnel peut effectuer plusieurs actes en un seul passage) et de 4 € pour les transports sanitaires. Celui-ci s'applique jusqu'au 30/11/2008, sur les actes et prestations effectués dans la même journée pour le même patient et par un même professionnel.

* un plafond annuel de 50 € par personne.

En cas de dispense d'avance de frais, la franchise sera prélevée sur un acte ne bénéficiant pas du tiers payant (par exemple une consultation) ou, dans certains cas (pour les personnes soignées dans les centres de santé), sur les indemnités journalières ou les pensions d'invalidité.

L'ADDITION PEUT ETRE SALEE !

Ne pas confondre la franchise médicale et la participation forfaitaire (elles se cumulent !)

La participation forfaitaire de 1 € s'applique aux actes médicaux (consultation, acte de biologie et de radiologie). Elle est également plafonnée à 50 € par an.

Au final, un total de 100 € peut donc être prélevé par la caisse d'assurance maladie, par an et par personne de plus de 18 ans au 1er janvier de l'année en cours.

N'espérez pas de prises en charge par les mutuelles ou les assurances complémentaires : les mutuelles et les assurances sont incitées par l'état à ne pas prendre en charge les franchises médicales dans les cadres de contrats dits "responsables".

Si elles le faisaient elles perdraient les avantages fis-

caux liés à ces contrats.

En conclusion : un mécanisme scandaleux et inquiétant.

Les plafonds étant fixés par décret ils peuvent être relevés à n'importe quel moment au bon vouloir du gouvernement (cf le forfait hospitalier ou la CSG qui ne cesse d'augmenter!).

Pas d'égalité de traitement entre les personnes qui pourront bénéficier d'une prise en charge à domicile dans le cadre d'une HAD hospitalière, et celles qui devront se contenter d'un maintien à domicile classique faute de place en HAD.

Que dire enfin de la possibilité de prélever ces franchises sur des pensions d'invalidité ou des indemnités journalières maladies, revenus de substitution inférieurs aux salaires précédemment perçus.



Un exemple concret d'un parcours coordonné

Monsieur Dupont va voir son médecin traitant :

1 visite chez son médecin généraliste + 1 € Participation Forfaitaire

qui lui prescrit 1 prise de sang

Prise de sang par IDE + 0,50 € Franchise Médicale

Acte de biologie + 1 € Participation Forfaitaire

Monsieur Dupont retourne voir son médecin généraliste avec les résultats :

1 visite médicale + 1 € Participation Forfaitaire

Ce dernier l'oriente vers un spécialiste :

1 visite médicale + 1 € Participation Forfaitaire

Celui-ci lui prescrit des examens complémentaires (prise de sang, radiologie) :

Prise de sang par une IDE + 0,50 € Franchise Médicale

Acte de biologie + 1 € Franchise Médicale

Acte de radiologie + 1 € Franchise Médicale

Monsieur Dupont donc retourne chez le médecin spécialiste suite avec ses résultats :

1 visite médicale + 1 € Participation Forfaitaire

Le médecin spécialiste lui prescrit alors deux médicaments, l'un avec un conditionnement pour une semaine et l'autre dans une boîte pour un mois et cela pendant 3 mois :

1 médicament = 12 boîtes + 6 € Franchise Médicale

1 médicament = 3 boîtes + 1,50 € Franchise Médicale

TOTAL non remboursé 15,50 €



La privatisation tisse sa toile et les inégalités s'accroissent!

La loi HPST vise à amplifier et accélérer le déploiement des logiques de privatisation. Il faut être conscient que **les pressions** pour aller dans ce sens sont fortes. Elles sont exercées par les marchés financiers, plus précisément par de puissantes **multinationales financières**.

Ces pressions s'exercent au niveau international au travers de l'OMC (Organisation Mondiale du Commerce) et de l'AGCS, (Accord Général sur le Commerce des Services) qui prévoient de soumettre l'ensemble des activités de service aux lois du marché et de la « concurrence libre et non faussée ». L'Union européenne relaie largement cette politique. Et le gouvernement Sarkozy n'est pas en reste.

Sarkozy, dans son discours programme sur les hôpitaux et la santé en septembre 2007, au lendemain de son élection, traçait clairement l'orientation que la loi HPST est maintenant chargée de mettre en œuvre. Son diagnostic : « L'hôpital ne peut pas répondre à tout ». Il serait donc en crise non par manque de moyens mais parce qu'il assume des missions qui ne seraient pas les siennes.

C'est pourquoi la loi HPST transfère une partie croissante de ces missions aux cliniques privées, à la médecine de ville libérale et au secteur associatif ou médico-social.

Et pour l'hôpital, recentré sur son « cœur de métier », il doit fonctionner selon les normes d'une entreprise privée.

Mais il faut savoir que la place du secteur privé en France est déjà très importante.

L'hospitalisation représente 45% des dépenses d'assurance-maladie, avec trois types d'établissement :

Les hôpitaux publics : en 2003, 303 000 lits soit 66%

Le secteur privé à but non lucratif (PSPH) : 64000 lits soit 14%

Le privé à but lucratif : 94000 lits soit 20%

La France est le pays d'Europe où la part de marché des cliniques privées est la plus importante. Dans de nombreux pays on considère qu'elles sont **une source d'inégalité dans l'accès aux soins**, et elles ne reçoivent donc aucun financement public.

Certains pays comme la Belgique ou les Pays-Bas les interdisent même.

La **Générale de Santé** (175 cliniques, capitaux italiens), **Vitalia** (46 cliniques, fond de pension américain Blackstone), **Capio** (26 cliniques, fonds américains et européens), **Médi-partenaires** (22 cliniques, capitaux britanniques), **Orpéa** (pour le marché des personnes dépendantes), ... réalisait en 2005 un taux de rentabilité pour leurs actionnaires de 16% (étude de la DREES).

La Générale de santé a distribué 420M d'euros à ses actionnaires en 2006. Tout cela grâce à l'argent public et on demande à l'assurance maladie de faire 4 Milliards d'économies !

Selon l'IGAS, en 2005, les praticiens exerçant en cliniques ont facturé 470 M d'euros de dépassements, alors que 66% de ces dépassements ne sont pas remboursé par les mutuelles !

Ce qui est particulièrement grave aussi, c'est que dans un nombre croissant de départements ou de villes (70 selon la FHF), **le privé est maintenant en situation de monopole pour certaines activités** (comme la chirurgie à Carpentras ou Chateaubriand).

Ce qui lui permettra de tenir la dragée haute aux ARS dans les négociations sur les « cahiers des charges » qu'il leur sera demandé de respecter dans le cadre de la loi HPST et notamment les contreparties concernant les missions de service public !

Que se passera-t-il lorsque les actionnaires, jugeant les projets insuffisants, décideront de mettre la clef sous la porte ?.....



.....Toutefois le secteur privé dans la santé, ce ne sont pas seulement les cliniques, mais aussi la médecine de ville libérale, rémunérée selon le principe du paiement à l'acte.

La loi reprend des propositions intéressantes du SMG ou de syndicats comme le nôtre sur les **maisons de santé**, c'est à dire la coordination des différents professionnels dans des structures de proximité complémentaires des services hospitaliers, d'urgence notamment.

La loi reprend ces propositions mais **en les dévoyant**. D'abord, en faisant fonctionner ces maisons médicales dans un cadre inchangé (paiement à l'acte, franchises, dépassements d'honoraires, autant d'obstacles à l'accès aux soins pour tous).

Et ensuite, en les concevant comme remplaçant les services hospitaliers, voire servant d'argument pour justifier leur fermeture.

***Les agences régionales de santé vont "remplacer" et regrouper sept organismes actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements:**

- ◆ **Les DRASS (directions régionales des affaires sanitaires et sociales)**
- ◆ **Les DDASS (directions départementales des affaires sanitaires et sociales)**
- ◆ **Les ARH**
- ◆ **Les GRSP (groupements régionaux de santé publique)**
- ◆ **Les URCAM (unions régionales des caisses d'assurance maladie)**
- ◆ **Les MRS (missions régionales de santé)**
- ◆ **Les CRAM (caisses régionales d'assurance maladie) : seules les missions relatives à l'organisation des soins seront transférées des CRAM aux ARS, les CRAM deviendront " caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail "**

Quelques exemples d'établissements déjà particulièrement touchés :

CHU de Nantes : non renouvellement de centaines de CDD avant l'été 2008, 200 suppressions d'emplois statutaires

CHG du Havre : second plan d'économie fin 2008 supprimant 250 emplois supplémentaires

CHU de Nancy : annonce de 600 suppressions d'emplois sur 3 ans

Institut Gustave Roussy (Villejuif) nouveau plan d'économie entraînant le suppression de 150 emplois

Fondation St Joseph (établissement FEHAP) Paris 14ème : 450 suppressions d'emploi par le regroupement de 3 établissements et la fermeture de plusieurs services (dont plusieurs dizaines de licenciements)

CHU de Besançon réduction massive du nombre de jours RTT

CHI Poissy-St Germain (78) réorganisation des horaires et non paiement d'une demie heure de travail (le temps de transmission)



Assistance Publique—Hôpitaux de Paris

Le Directeur général veut être le bon élève de Bachelot et annonce dès l'été 2008 la décision de substituer aux 38 établissements hospitaliers 13 groupements de territoriaux.

Plan d'économie de 300 millions d'euros sur 3 ans et suppressions de 3000 à 4000 emplois



L'hôpital public ou PSPH (participant au service public hospitalier) a dispensé à des générations de français un accès et une qualité de soins reconnus mondialement. Cela a été possible grâce au système de protection sociale basée sur la solidarité : « La Sécurité Sociale ». Aujourd'hui, la casse de la Sécu entraîne celle des hôpitaux.

ALERTE AUX USAGERS DISPARITION DE L'HÔPITAL



L'hôpital, c'est à nous !

Grâce à la Sécu, le pays a pu aussi se doter d'un réseau d'hôpitaux au plus proche de la population, procurant à tous un accès aux soins de qualité et de proximité, reconnu et envié mondialement. Depuis 1990, les gouvernements n'ont cessé de réformer l'Hôpital public. Cela s'est traduit par la fermeture de services de proximité (maternité, urgences, chirurgie...) et de 100 000 lits en moins depuis 1992. Les conditions de travail des hospitaliers ne cessent de se dégrader et avec elles, la qualité des soins. Comme à la Poste, les files d'attente grandissent dans les Urgences, la patience est de rigueur pour les Consultations (sauf privées). Les soins et les toilettes ressemblent de plus en plus à un travail à la chaîne. Les aides soignantes sont des machines à laver, les infirmières des piqueuses, etc. Au bout de la chaîne le malade qui n'a pas le choix, trinque !

Avec le gouvernement Sarkozy, la réforme s'accélère brutalement, l'hôpital se doit d'être rentable, quel qu'en soit le prix pour son personnel et les usagers. Les lois PLFSSS (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale) et HPST (loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire) vont entraîner des restructurations importantes : nouvelles fermetures des hôpitaux de proximité, apparition de déserts sanitaires où la population n'aura que le choix du libéral et des dépassements d'honoraires. **C'est de loin, remettre en cause l'accès aux soins à toutes et tous, partout.**



Seule, la mobilisation commune de la population et des professionnels pourra faire reculer ce projet de casse de l'hôpital. Des collectifs de défense des hôpitaux, des services publics, les collectifs contre les franchises et pour l'accès aux soins pour tous et partout, des associations d'usagers de la santé, des organisations syndicales, de salariés et de médecins, ont lancé un appel unitaire pour le retrait de la loi Bachelot.



HPST et médico-social:

Le secteur médicosocial va connaître le même sort que l'hôpital public en passant en 2009 sous la « coupe » des ARS (Agence Régionale de Santé, les ex ARH) qui voient le champ de leurs compétences s'agrandir à l'ensemble du secteur médico-social.

Les ARS pour la santé comme pour le secteur médico-social seront en charge de l'élaboration des schémas régionaux, mettant en avant le concept nouveau, de Territoires de Santé...

Le schéma régional de l'organisation médicosociale comportera 3 volets principaux dont :

un programme pluriannuel de gestion des risques assuranciels (c'est la question du financement),

la configuration des territoires de santé élaborés après avis des préfets et des présidents des conseils généraux en fonction des compétences de chacun,

la contractualisation dans le cadre des CPOM (Contrats Pluri-annuels d'Objectifs et de Moyens) avec les « offreurs de services ».

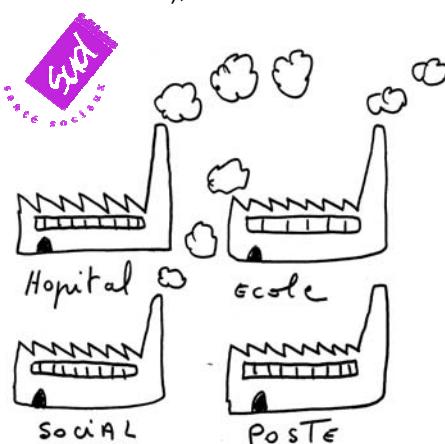
La prise de contrôle programmée par les ARS, de l'ensemble du secteur médico-social, s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre

des politiques de marchandisation des secteurs de la santé et du médico-social, confirmant nos craintes sur la nature des ruptures introduites par les lois 2002 et 2005 dans le secteur médico-social et social.

La gouvernance de l'ensemble du secteur comme celui de la santé par les ARS sera concentrée entre les mains du préfet de région qui présidera le conseil de surveillance de l'ARS. Cette dernière devant élaborer dans le cadre d'une conférence régionale, les politiques publiques de prévention, d'offre de soins et d'organisation médico-sociale.

C'est une rupture de plus par rapport aux départements, qui perdent de fait de l'importance quant à la définition du territoire concerné par les nouvelles politiques de santé. C'est une nouvelle reterritorialisation dont on mesure déjà les conséquences avec la fermeture ou le regroupement de nombreux services et hôpitaux de proximité...

Dans le cadre de la loi HPST de nouvelles dispositions relatives aux établissements et services médico-sociaux remplacent une série de dispositions de la loi 2002-2, notamment en matière de procédures d'autorisations, de contrôles, d'évaluations et d'organisation



des structures de consultations.

De plus dans le cadre des procédures d'autorisations, une commission de sélection consultative d'appels à projets intègre les opérateurs privés lucratifs qui seront, il ne faut pas en douter, mis en concurrence avec le médico-social public et le secteur associatif.

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 de notre secteur.

Enfin les CROSM disparaîtront quand les Conférences Régionales de Santé se mettront définitivement en place.

La casse des statuts publics comme des statuts conventionnels du secteur associatif permet de préparer cette mise en concurrence avec un secteur privé lucratif en quête de diversification et de rentabilité, de ses investissements. Un élément de plus doit nous alerter et conforter notre analyse. Il se trouve dans le cadre du nouveau PLFSS qui ne rend plus obligatoire la procédure d'agrément (ex. article 16) par le gouvernement, des accords d'entreprises et des accords conventionnels pour les EHPAD. L'année dernière cette mesure concernait les établissements de santé privés qui participent au service public de santé (PSPH). 2009 c'est au tour des maisons de retraite médicalisée, à quand la disparition de tout agrément pour l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux ?

La bataille que nous menons pour la défense des conventions collectives et du statut public trouve une fois de plus toute sa légitimité. Il ne s'agit pas uniquement de défendre des avantages acquis pour les salariés du secteur, mais bien de défendre au fond le service public de santé et l'accès pour tous à des prises en charge médico-sociales de proximité et de qualité...

La privatisation, marchandisation complète du médico-social se concrétise avec la loi Bachelot (HPST). Ce n'est plus simplement le discours alarmiste de quelques syndicalistes « fous », mais bien la nouvelle réalité pour des milliers de salariés du secteur et pour une population qui n'accèdera à la santé et aux services médico-sociaux que si elle en a les moyens... Il est plus qu'urgent et plus que jamais nécessaire de défendre une protection sociale basée sur la solidarité et une autre répartition de la richesse...

Face à une attaque globale et sans précédent de notre système public de santé, organisons une riposte d'ensemble !

Il y a urgence à agir ensemble, dans l'unité!

Face à cette situation gravissime, nous devons faire converger les actions menées dans les localités, les départements et les régions. Les initiatives qui se développent dans tout le pays doivent trouver un relais national dès la rentrée avant le débat parlementaire sur le projet de loi HPST.

La Fédération SUD Santé-Sociaux mettra toute son énergie pour réaliser l'unité indispensable pour faire échec à ces mesures.

Pour le droit à l'accès aux soins partout et pour tous et toutes:

- Retrait du projet de Loi HPST
- Arrêt immédiat des restructurations et fermetures d'établissements de santé
- Exigence d'un équipement public de santé réparti équitablement sur tout le territoire permettant l'accès aux soins à tous les citoyens,
- La Sécu ne doit plus financer les établissements commerciaux et aux mains de fonds d'investissements spéculatifs,
- Recruter et former des professionnels de santé pour répondre aux besoins,
- Suppression des franchises et autres Forfaits à la charge des patients.