



C.H. LAVAUR



Lavaur, le 11/04/2011

LE RACKET DES HOPITAUX PAR LA T2A

Nous vous invitons à lire cet article publié sur Médiapart. Nous relayons cette info et cette prise de position de plusieurs médecins...c'est tellement rare !

Pour rappel la CGT du CH Lavaur martèle ces arguments depuis quelques années maintenant.

Quinze médecins s'élèvent contre le déficit programmé des budgets des hôpitaux pour 2011.

Fin janvier, le ministère de la Santé, via la Direction de l'organisation des soins (DGOS), a provoqué un tollé en proposant de limiter l'activité des hôpitaux.

L'objectif était de baisser les dépenses de santé encore et toujours.

Que la France ne soit qu'au 8e rang mondial en dépenses par habitant, que la part consacrée aux hôpitaux ait baissé, peu importe: le budget de l'Etat est dans le rouge. Pour le secteur de la santé, c'est l'hôpital public qui doit être rationné, **il représente 34% des dépenses.**

Par son mode de financement, c'est le seul secteur parfaitement contrôlable. Le personnel hospitalier, lui, dans son exercice professionnel, ne peut que constater les dégâts, quels que soient les efforts déployés par les soignants pour maîtriser les dépenses en limitant les prescriptions et les durées de séjours...

Depuis 2005, le budget hospitalier dépend principalement du nombre et du type de malades hospitalisés. A chaque maladie, un tarif est payé à l'hôpital par la Sécurité sociale et le volume d'activité est donc l'un des fondements des ressources des hôpitaux. Si l'activité baisse, on pourrait en conclure que la santé a progressé: le problème est qu'alors les ressources des établissements baissent !

C'est le principe de la Tarification à l'activité (T2A). Incités au rendement maximum, les hôpitaux n'ont pas d'autre choix que de «jouer le jeu».

En 2010, l'activité des hôpitaux publics a crû de près de 3 %. Le problème est que l'enveloppe attribuée tous les ans à l'hôpital public, conformément à l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (Ondam), est décidée avant même de connaître la réalité de l'activité des hôpitaux. Les hôpitaux ont donc dépassé l'objectif fixé pour 2010.

En conséquence, **les tarifs vont diminuer mécaniquement en 2011 de 0,7%**. La seule façon, pour un établissement hospitalier, de garantir un niveau de financement équivalent à celui des années précédentes est donc **d'augmenter toujours plus son volume d'activité.**

Ainsi la T2A pousse à une logique inflationniste aveugle. C'est cette analyse qui a poussé la DGOS à proposer une limitation de l'activité. Comble du comble, en 2011, les hôpitaux publics partent avec un déficit puisque l'enveloppe globale, le fameux Ondam, n'augmentera que de 2,8%, alors que l'augmentation des charges prévisibles des hôpitaux (de la facture d'électricité à celle du gardiennage en passant par le coût de la mise aux normes de sécurité, de la blanchisserie et des médicaments) dépassera 3%.

Pour compléter le financement des hôpitaux, chaque année, le Parlement vote une enveloppe dite «MIG» censée financer les missions d'intérêt général (urgences, prévention, dépistage, enseignement, formation continue, prise en charge de la toxicomanie, etc.).

Mais elle sert de variable d'ajustement en cas de dépassement de l'Ondam. Ainsi, en 2009, 400 millions d'euros ont été retirés de l'enveloppe MIG et, en 2010, près de 550 millions d'euros ont été mis en réserve.

Avec la baisse des tarifs T2A et la réduction de l'enveloppe MIG, le déficit est programmé.

Il sera alourdi au moindre investissement, même en recourant aux miraculeux partenariats public/privé. Par exemple, la construction de l'hôpital du sud francilien est réalisée «gratuitement» par Eiffage... moyennant un loyer de 30 millions par an pendant 40 ans alors que la chambre régionale des comptes d'Ile-de-France fait observer que *«le recours à une maîtrise d'ouvrage publique financée par l'emprunt, aurait été une solution certainement moins coûteuse, moins hasardeuse et davantage maîtrisable par l'établissement...»*.

Pour les hôpitaux, deux options sont déclinées en parallèle.

La première: faire payer les patients. Chambre seule, ticket modérateur, franchise sur les actes coûteux, le processus est déjà largement entamé. Le temps de la prise en charge des dépenses sanitaires par la solidarité est révolu. Amis malades, n'oubliez pas de prendre une mutuelle ou une assurance, de préférence une «bonne», car le «reste à charge» à l'hôpital public devrait devenir aussi important que celui qu'impose le privé et **vous seriez de moins en moins nombreux à pouvoir accéder aux meilleurs soins.**

Deuxième option, réduire le personnel (65% à 70% des dépenses pour les hôpitaux), alors même que de nombreux hôpitaux en sont déjà réduits à avoir recours massivement à des sociétés d'intérim, alourdissant leur budget bien plus que s'ils avaient un effectif suffisant de soignants titulaires.

Avec un personnel réduit et une activité soutenue, la qualité des soins ne peut que se dégrader jusqu'à ce que la démoralisation et l'épuisement conduisent à la réduction de l'activité. A l'hôpital, comme chez les pompiers, rien n'est réellement «rentable». Seul l'artifice des décisions tarifaires permet de rendre une activité rentable et une autre non rentable. Les cliniques commerciales font par nature le choix des activités rentables et laissent aux hôpitaux les autres activités.

Le fait de soigner des patients pauvres ou des cas graves va conduire les hôpitaux au déficit de façon inexorable et peut être un jour prochain au dépôt de bilan... à moins que les Français n'en décident autrement !

Signataires :

Pr Thomas Papo, chef de service de médecine interne, chef de pôle, hôpital Bichat (Paris)

Pr Jean-Charles Deybach, chef du service de biochimie, hôpital Louis-Mourier (Colombes)

Pr André Grimaldi, diabétologue, hôpital La Pitié Salpêtrière (Paris)

Pr Jean-Paul Vernant, chef de pôle, hôpital La Pitié Salpêtrière (Paris)

Dr Sylvain Balester, addictologue, hôpital Beaujon (Clichy)

Dr Nathalie De Castro, infectiologue, hôpital Saint-Louis (Paris)

Dr Bruno Devergie, diabétologue, hôpital Laennec (Creil)

Dr Jean-Pascal Devailly, chef du service de médecine physique, hôpital Avicenne (Bobigny)

Dr Anne Gervais, hépatologue, hôpital Bichat (Paris)

Dr Christian Guy-Coichard, équipe de la douleur, hôpital Saint-Antoine (Paris)

Dr Matthieu Lafaurie, infectiologue, hôpital Saint-Louis (Paris)

Dr Pierre-François Pradat, neurologue, hôpital La Pitié Salpêtrière (Paris)

Dr Julie Peltier, néphrologue, hôpital Tenon (Paris)

Dr Nicole Smolski, anesthésiste réanimatrice, (Hospices civils de Lyon)

Dr Christophe Trivalle, gériatre, hôpital Paul-Brousse (Villejuif)