

Financement de l'hôpital : une question majeure !

« Depuis 2013, l'établissement affiche sa bonne santé budgétaire, le CHU dégage même régulièrement depuis 4 ans de la marge financière... Le CHU de Saint-Etienne est bel et bien sur la voie de l'autonomie financière. Son taux de marge réalisé de 8,1% est même unique dans la région Auvergne Rhône Alpes » ! Le « bon élève » ainsi glorifié vient d'être épinglé par la Contrôleuse Générale des lieux de privation de liberté, pour les « conditions indignes et les pratiques honteuses » dans lesquelles sont tenus les malades en psychiatrie à Saint-Etienne : CQFD !!

D'autres établissements publics, n'ayant pas encore pu atteindre cette félicité suivent quand même le même chemin à coup de PREF (plan de retour à l'équilibre financier !), d'obligations de contractualiser avec l'ARS (agence régionale de santé) ou avec le COPERMO (comité interministériel). Le manque de moyens cumulé de tous les hôpitaux de France depuis de nombreuses années (plus d'1,5 milliard de déficit en 2017) **a été instrumentalisé par la mise en place d'un gestion financière**, à travers les EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) et la T2A (tarification à l'activité) ; cette dernière devant servir de « carotte » pour les établissements devant garantir les recettes pour couvrir leurs dépenses de fonctionnement et d'investissements.

Concernant les besoins d'investissements nécessaires et très lourds, Ministère et ARS, à travers les plans successifs « Hôpital 2005...2012 », ont profondément changé les pratiques de gestion hospitalière, en favorisant l'accès à de très importants emprunts bancaires, quand ce n'est pas le marché financier (APHP). Ainsi, nombre d'hôpitaux se sont lourdement endettés auprès des banques (sans compter les emprunts toxiques !) avec la bénédiction des directeurs d'ARS !(estimation du déficit : 30 milliards)

Depuis la mise en œuvre des ordonnances Juppé instituant les lois annuelles de financement de la sécurité sociale, la mise en place de l'ONDAM (objectif annuel de dépenses d'Assurance maladie), les enveloppes fermées ainsi imposées ont organisé la baisse des moyens nécessaire à l'hôpital pour son activité, son fonctionnement et les investissements.

« Les tarifs semblent être devenus une variable d'ajustement dans une régulation prix/volume qui répond avant tout à l'objectif de respecter l'ONDAM » (rapport VERAN mai 2017) Bonne blague !

Sous la pression des mouvements sociaux dans les hôpitaux et les EHPAD, le soutien large de la population et des patients, le gouvernement feint de découvrir cet « aspect pernicieux » de la T2A, qui va encore s'appliquer impitoyablement en 2018 : le PLFSS prévoit bien une «économie» de l'ordre de 1,6 milliard sur l'enveloppe hospitalière avec une prévision d'activité de + 2,6% !

Buzyn, après le rapport Véran sur « l'évolution des modes de financement des établissements de santé » semble reconnaître que « ceux-ci ne sont pas et n'ont pas vocation à être rentables...et que leur mission première est de délivrer des soins de qualité » !

C'est bien ce rapport Véran commandé par la précédente ministre de la Santé M. Touraine qui sert de boussole aux propositions de l'actuel gouvernement « repenser les modes de rémunération, de financement et de régulation » de cette dite « stratégie de transformation du système de santé ».

Afin de faire « passer la pilule », le gouvernement prétend vouloir améliorer la qualité des soins et les conditions de travail (sic). Mais cette proposition irréalisable en l'état des choses, est là pour camoufler les dégâts de la recherche des gains de productivité à outrance, aggravés par l'imposition des processus et normes (« démarche d'accréditation ») qui se sont substitués à ce qui pourrait être une évaluation par les intéressé-e-s de la satisfaction des patients, des conditions de travail des soignants, enfin des indicateurs cliniques de résultat...

Les recherches connues de « nouveaux modes de financement », déjà inscrits dans l'article 51 du PLFSS 2018, prennent appui sur des problématiques réelles : prégnance des maladies chroniques, besoin de coordination des activités de soins et médicosociales... L'objectif est d'associer plusieurs modes de rémunération, avec un engagement à une T2A à 50% maximum (?)

Mais derrière tous ces vocables nouveaux, c'est à nouveau le financement de l'hôpital qui perd toute son intégrité :

-Le *parcours de soins* renvoie à des soins pour un état de santé donné à un temps T par des professionnels sur un territoire donné. Il renvoie aux pathologies chroniques prises en charge aussi bien à l'hôpital qu'en ville. Il serait financé par un *forfait global à partager, basé sur « les bonnes pratiques et la pertinence des soins »*. En clair un cahier des charges imposé par la HAS (haute autorité de la santé) fixerait les tarifs d'un panier de soins au parcours !

-Le *financement à épisode de soins* renvoie des soins lourds (chirurgie) supposant plateau technique hospitalier, consultations, soins ambulatoires, soins à domicile... financée par un forfait prospectif- selon les coûts et résultats attendus !

Dans les deux cas l'hôpital perd la main et peut dépendre d'un « opérateur privé » pour le financement de ses prestations !

Dans les deux cas, ces modes de financement s'inscrivent dans des enveloppes fermées... qui ne seront plus strictement hospitalières !

Nos propositions s'inscrivent dans une démarche totalement opposée pour répondre aux besoins, développer le service public de santé et aller chercher les moyens de financement de la sécurité sociale. Elles prennent appui sur notre conception du service public basée sur une obligations de moyens pour préserver l'égalité l'accès aux soins 24H/24, la qualité et la sécurité des soins, la prise en compte des attentes des patient-e-s et des professionnel-le-s.

-**Des mesures d'urgence pour restaurer des budgets de fonctionnement** : tenir compte des moyens mis en œuvre, des effectifs manquants et des investissements courants

-**Cf Plan d'urgence**

-**Garantir des enveloppes pérennes et en finir avec les enveloppes fermées, les EPRD et la T2A**

-**Demander un audit et une renégociation de tous les emprunts**

-**Un véritable plan d'investissements hospitaliers (y compris pour rouvrir des structures de proximité) en sollicitant le financement d'un fonds européen**

-Supprimer la taxe sur les salaires estimée annuellement à 4 milliards

-Exonérer les hôpitaux de la TVA

-Engager une réflexion avec les hospitaliers pour une valorisation de l'activité

Notre bataille pour l'hôpital public doit se nourrir d'une mise en œuvre sans précédent de la démocratie pour redonner toute leur place et la parole aux professionnel-le-s hospitaliers, aux représentants des salarié-e-s et des citoyen-ne-s usagers pour redéfinir ensemble les bonnes pratiques, la finalité et les moyens de la continuité des soins, les coopérations et coordinations pleinement choisies et assumées. En ce sens elles doivent être financées.

Problématiques

-Le gouvernement fait « comme si » le « tout ambulatoire » était réalisé : selon Buzyn 70% en ambulatoire à l'horizon 2022. Prenons la **mesure du réel** et exigeons son financement, un budget de moyens, moyens qui préservent et mettent en œuvre les activités présentes.

-L'évolution vers des prise en charge ambulatoire grandissantes à **l'hôpital** est une évolution objective : mais elles ne doit pas être conçue sous le stricte angle des actes techniques. Les missions de santé publique doivent inclure des actes immatériels tel que l'éducation thérapeutique, l'accompagnement psycho-social, des groupes de paroles. LA mission première de l'hôpital public doit redevenir la prise en charge globale de la personne, aujourd'hui sacrifiée sur l'autel de la T2A.

-Il n'y a pas de financement idéal, mais il faut se garder des fausses bonnes solutions comme le financement à la capacité : la suppression de lits d'hospitalisation complète est une pression terrible sur les personnels. Ils, elles font face à un même niveau d'activité, dans un temps plus court et encore plus normalisé en « processus » et un effectif moindre.

-Le financement « au parcours de soins » n'est avancé que pour faire la part belle à la médecine libérale et aux groupes de la santé privée qui entendent bien s'accaparer des parts du marché comme nous le voyons pour les services à domicile et les EHPAD...Pourquoi ne pas envisager et valoriser des parcours de soins organisés dans le cadre d'un service public, en lien avec le développement d'un service de santé de proximité public autour des centres de santé et d'un service public d'aide à domicile : le principe de l'HAD pourrait ainsi être développé et étendu à des besoins moins intensifs, mais plus durables de parcours de soins.

-Le financement **de l'activité hospitalière** pourrait ainsi faire l'objet d'une réflexion élargie, prenant en compte, d'une part un collectif de professionnel-le-s investi-e-s, et d'autre part la réalité des besoins de la population du bassin de population concerné : ce sont en effet des critères d'efficacité sociale du service public hospitalier qui doivent dominer, en lieu et place de la dictature du chiffre et de toujours moins d'humain.