



## Hôpitaux; des factures qui font mal

### 2013 : les tarifs hospitaliers revus à la baisse !

En 2013, la ministre baisse fortement les tarifs hospitaliers du public et légèrement ceux du privé

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) envisage une baisse de 1,7% à 2,3% des tarifs pour les hôpitaux et les établissements de santé privés d'intérêt collectif et une baisse de 0,3% à 0,5% pour les cliniques privées. Ce que la ministre a accepté.

Pour fixer les tarifs, le ministère s'est fondé sur des hypothèses d'augmentation d'activité en 2013 de 3,5% dans le public et + 2,3 % dans le privé.

C'est la logique de la TAA qui prévaut toujours; enfermés dans l'enveloppe des dépenses annuelles de santé, plus d'actes sont réalisés, moins ils sont payés.

Conséquence pour les hôpitaux publics, ils verront leurs ressources diminuées de 1,7 à 2,3 %.

Les cliniques privées, dans la même configuration, verront les leurs baissées de seulement 0,3 à 0,5%

### Les autres financements

Les centres hospitaliers cherchent par tous les moyens à faire entrer de l'argent frais dans leurs caisses.

Les fonds versés par la Sécurité sociale augmentent peu, les directeurs des hôpitaux doivent équilibrer leurs comptes, et réduire les dépenses est difficile. Certains tentent d'attirer des

clients étrangers. D'autres vendent leur patrimoine immobilier.

Mais, pour tous, la première source de financements nouveaux reste... les malades français, qui paient de leur poche, ou via leur complémentaire santé.

Parkings, chambres particulières, et surtout participation au coût des soins : ces ressources "annexes" (qui représentaient tout de même 22,4 % du bud-

**1 milliard d'euros: c'est le montant « surfacturé » par les hôpitaux publics aux patients ou à leurs complémentaires, au titre des frais de séjour en 2011.**

get des hôpitaux en 2011) permettent souvent de passer d'un budget déficitaire à des comptes dans le vert.

Du coup, les factures flambent. "En quatre ans, les dépenses d'hospitalisation des complémentaires ont augmenté de 40 % : c'est devenu leur deuxième poste de remboursement, juste derrière les médicaments", s'affole Frédéric Cosnard, de Santéclair, le réseau de soins des assureurs.

Evidemment, ces hausses à la charge des mutuelles entraîneront un nouvel alourdissement des cotisations des assurés...

Et cela n'est pas près de s'arranger : "Beaucoup d'hôpitaux en sont au début de leur réflexion sur le recours à ces recettes additionnelles", avertit Marie-Odile Saillard, directrice de l'hôpital d'Arras. Dit autrement : la note va continuer de gonfler.

Bien sûr, tous les malades ne paient pas ces frais. La Sécurité sociale vient à la rescousse des patients soignés pour une maladie grave (cancer, diabète...), des femmes enceintes, ou plus généralement quand un acte à plus de 120 euros est pratiqué.

Il n'empêche : **en 2011, sur 10 millions de personnes hospitalisées, 1,6 million ont dû s'en acquitter.** Et l'addition grimpe vite, car les séjours durent rarement une seule journée. Alain Bouchard, du service social du CHU de Nancy, en sait quelque chose : "Il arrive que des malades dépouillés de mutuelle s'endettent pour payer !" s'exclame-t-il.

**Une réforme de ce système était bien prévue pour le 1er janvier 2013, mais elle a été repoussée à 2016.** "Elle se traduirait par un manque à gagner d'environ 1 milliard d'euros pour les hôpitaux", reconnaît Yves Gaubert, le Monsieur Finances de la Fédération hospitalière de France, le lobby du secteur.

Or, en ces temps de disette budgétaire, l'Etat et la Sécurité refusant de prendre ce coût à leur charge, pendant quelques années encore, les hôpitaux vont donc pouvoir continuer à ajuster leurs budgets sur le dos des malades...

### Vous voulez être soigné, faite un crédit !

Le Crédit Municipal de Paris propose depuis le 8 février un « micro prêt santé à 0 % ». Pour le moment ces prêts - d'un montant de 600 à 4 000 euros remboursables en 6 à 36 mois - ne sont proposés qu'aux 430 000 adhérents de la Mutuelle Intériale, mais l'objectif est de les proposer à d'autres mutuelles.

ceux qui ont les moyens de se payer une mutuelle, renoncent aujourd'hui à certains soins ou les diffèrent, car le choix du gouvernement, de refuser de remettre en cause les franchises médicales, le forfait hospitalier, etc., laisse des sommes de plus en plus grandes à la charge des assurés.

De plus en plus d'assurés, même parmi

Une enquête de l'Ifop indique que 27 %

des personnes gagnant moins de 1 000 euros par mois doivent emprunter pour se soigner et que près de 30 % de la population a reporté à plus tard l'achat de lunettes ou d'appareils dentaires, très mal remboursés.

**Pour que tous puissent se soigner correctement, il faut décider d'une autre politique que celle, qui aujourd'hui fait payer plus les malades.**

## CH d'AUCH : Quelles perspectives pour 2013 :

Julien Mascaras secrétaire du syndicat CGT du CHA répond à nos questions.

Depuis la nomination d'un nouveau directeur général est ce que la situation a changé? Les relations sociales ? La consultation des "partenaires" ? La définition d'un nouveau projet d'établissement ?

Depuis la nomination du directeur par intérim la situation est en effet plus propice au dialogue. Cependant nous avons des difficultés à obtenir des réponses précises et claires ainsi qu'une problématique pour se projeter dans le temps (positionnement ambigu).

Nous n'avons aucune info sur le projet d'établissement, le projet médical et le PRE (Plan de Retour à l'Équilibre) qui doivent être mis en place.

Est ce que des moyens financiers supplémentaires ont été accordés comme il avait été dit par l'ARS ?

Il y a eu des moyens financiers supplémentaires (de la trésorerie) pour faire face aux salaires des personnels ainsi qu'au factures des fournisseurs.

Aucune infos sur les travaux à venir ou en cours. Exemple du déménagement du service du personnel à l'ancien service de transfusion sanguine; autre exemple la restructuration des lits de SSR. Leur regroupement sur un même étage est une bonne chose mais il se fait sans consultation des personnels pour penser l'organisation du travail...).

Les investissements sont toujours blo-

qués. Pas de possibilité de renouvellement d'appareils biomédicaux (respirateurs, monitoring, dialyse) il faudrait 800.000€ pour parer au plus pressé. L'hôpital à clôturé 2012 avec un déficit de 2 millions € (chiffre donné en CTE)

La presse locale s'est faite l'écho d'une modernisation de la maternité ? Qu'en est il ? avez vous des craintes ou êtes vous complètement rassurés ?

C'est une très bonne chose de regrouper les services de maternité avec ceux de pédiatrie et de néonatalogie.

Par exemple, le rapprochement ne peut qu'être bénéfique à la mère et à l'enfant prématuré.

Par contre ce rapprochement nous inquiète car il va induire : des travaux très lourds sans financement ; des pertes de lits de la maternité et de pédiatrie.

Moins de lits c'est aussi le risque de réduire la durée des séjours et donc un risque pour les mères et les bébés, car aucune structure alternative à l'hospitalisation type « hospitalisation à domicile » n'est prévue

C'est aussi des pertes d'emplois.

Les urgences ont été rénovées - sont elles opérationnelles ?

Les nouvelles urgences ouvriront vers le début mars à effectifs constants. Il y aura une nette amélioration pour ce qui est de

l'accueil des patients. Mais l'Unité de Surveillance Continue (4 lits) ne sera pas ouverte faute d'un recrutement indispensable de professionnels.

Y a t il eu embauche de médecins de personnels paramédicaux ? IDE AS et autres ?

Il y a eu l'embauche d'une directrice des soins, d'un cardiologue, d'un chirurgien digestif, mais des suppressions de poste AS (SSR rééducation, chirurgie ortho...).

Qu'en est il du rapprochement avec la clinique privée pour la réalisation d'un plateau technique élargi ? Est ce toujours dans les cartons ?

Aucune nouvelle sur un rapprochement avec Carlier.

Y a t il des services en danger ? lesquels et pourquoi ?

La diabétologie est en danger car il faudrait retrouver la capacité antérieure (18—20 lits) pour permettre l'amélioration des prises en charge adaptées aux besoins des malades. Aujourd'hui faute de lits en fin de semaine, certains malades se voient interrompre leur soins.

La chirurgie ortho et le SSR locomoteur manquent d'une aide soignante par jour et le SSR n'a toujours pas de médecins.

L'anesthésie au bloc opératoire est en grande difficulté et ne tourne que grâce à l'intérim il manque des médecins anesthésistes titulaires.

## Rapport Couty : Des propositions en deçà des besoins urgents dans les hôpitaux

Nous avons évoqué, dans la dernière lettre du comité, la mission que la ministre avait confiée à M Edouard Couty fin 2012 qui était de définir le retour au principe de service public dans les hôpitaux. De larges extraits de ce rapport viennent d'être rendus publics, quelques jours avant sa remise officielle à la Ministre.

Comme nous le craignons, le fait d'avoir exclu des consultations les principaux acteurs de terrains, patriciens, personnels, élus locaux et usagers, se ressent dans les préconisations avancées. Elles se limitent à des aspects techniques, et survolent les vraies questions auxquelles l'hôpital public est confronté.

Le rapport confirme la situation difficile des hôpitaux publics, (43% des 603 hôpitaux sont en déficit pour un total de 637 millions €.). Le manque de personnel est reconnu comme la cause principale de la sursaturation des services. Mais le rapporteur ne propose pas de réponse à la hauteur de la situation.

Sur la TAA il fait le même constat que les praticiens, les personnels: la TAA a transformé le sens des missions de l'hôpital. La course effrénée à la rentabilité, a entraîné l'abandon de certaines activités jugées pas assez rentables. La mise en concurrence avec le privé sur des bases de comparaison défavorable à l'hôpital a

eu pour résultat une emprise du privé plus forte avec des fusions, des coopérations imposées arbitrairement par les ARS.

E Couty préconise une adaptation à la marge de la TAA. Attendons de voir ce que la ministre va retenir et décider pour juger plus avant.

Sur la démocratie sanitaire, la loi dite Bachelot, avait fait disparaître toutes les instances où il pouvait exister un peu de démocratie, là ou les personnels, les médecins, les élus et les usagers pouvaient débattre et influencer sur les choix de l'ARS.

Le rapport propose de revenir sur le pouvoir exorbitant des directeurs, sur l'organi-