

LA POLITIQUE DE SANTE

Au départ

Une mutualisation des dépenses de santé,

Un maillage de la prise en charge des patients par un réseau d'hôpitaux, de spécialistes et de généralistes sur l'ensemble du territoire.

= un dispositif reconnu pour ses performances et sa proximité.

A partir des années 75-80 les dépenses de santé augmentent plus vite que les recettes pour des raisons connues :

- nouvelles technologies et de nouveaux traitements plus coûteux (parfois à vie),**
- vieillissement de la population**
- croissance démographique,**
- demande de soins plus exigeante.**

En réponse mesures visant à augmenter les recettes.

Parallèlement, une vision gestionnaire de la santé va se développer dans les ministères.

L'offre de soins est pléthorique. Il faut la réduire.

Dépenses : fonction du nombre de médecins ou du nombre de malades ?

Première mesure : Limitation du numerus clausus

1972-1973: 8571

1973-1974: 8564

1974-1975: 8607

1975-1976: 8669

1976-1977: 8671

1992-1993: 3500

1993-1994: 3570

1994-1995: 3576

1995-1996: 3576

1996-1997: 3576

1997-1998: 3583

2001-2002: 4700

2002-2003: 5100

2003-2004: 5550

2004-2005: 6200

2005-2006: 6850

2006-2007: 7100

2007-2008: 7300

1995 : la droite reprend le pouvoir.

1996 : Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée créant les Agences Régionales de l'Hospitalisation et fixant leurs attributions.

- *la planification sanitaire (SROS)*
 - *la contractualisation (CPOM)*
 - *l'allocation de moyens (fixation de la dotation globale par établissement)*
 - *les autorisations d'équipement et d'activité (accréditation)*
 - le contrôle / l'évaluation*
 - *la tutelle des décisions des CA*
- + **Pouvoirs de nomination (Directions, CSS, CSR, CA des hôpitaux)**

Art. 38. En vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver sa qualité au meilleur coût, par un redéploiement de services, activités ou équipements, le directeur de l'ARH peut demander aux établissements publics de santé :

- De conclure une convention de coopération ;**
- De créer un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public ;**
- De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.**

Les moyens et outils de réduction de l'offre de soins sont créés.

Mise en œuvre en usant de la carotte et du bâton.

Bâton : Déficit budgétaire, sécurité des patients, niveaux d'activité, démographie médicale, normes...

Carotte : aides financières

Déficit piloté en fonction du but recherché

Dotation annuelle fixée au niveau national par la LFSS, répartie par région puis par établissement.

Demandes motivées de réévaluation de la FHF non suivies d'effets.

Dotation globale complétée par mesures nouvelles sous réserve d'accord des ARH

Tarifification à l'activité (déc 2003 – ex 05)

Plans de retour à l'équilibre, restructurations.

Sécurité des patients

Conformité des dispositifs de soins aux décrets définissant les conditions techniques pour chaque activité autorisée.

Nombre de praticiens, présence 24h/24,...

**Possibilité de retrait d'autorisation :
Valréas**

Démographie médicale

Procédure de publication des postes vacants

Niveau d'activité

Contrats d'objectifs et de moyens élaborés par le directeur d'un hôpital et l'ARH puis votés par le CA.

Récolement des données par service par DIM, transmission et vérification.

Exploitation orientée des taux de fuites.

Incertitude de l'avenir

Le mensonge et les promesses deviennent outils de communication.

Un seul but : Convaincre que la situation n'est pas saine, que l'hôpital ne remplit pas correctement ses missions et qu'il faut corriger cette situation.

Recours à des audits financés par les ARH et téléguidés pour récapituler les griefs formulés à l'encontre d'un hôpital et formuler une proposition de solution qui à chaque fois va dans le sens d'une réduction de l'offre.

Un point d'aboutissement :

L'inscription de la solution proposée dans le SROS, dans la partie dite opposable, c'est-à-dire celle qui a force de loi et va contraindre les établissements à s'y conformer.

Après avis des commissions sanitaires de secteur et de la commission sanitaire régionale dont les compositions sont arrêtées par le directeur de l'ARH

Côté incitation une aide au financement des restructurations

80 % des EPS sont en déficit donc faible capacité d'investissement et nécessité de recourir à l'emprunt pour le coût total d'opération.

Détermination de l'annuité de remboursement

Calcul des économies de fonctionnement

Et annonce du taux d'aide

Mécanisme pervers.

Contrairement aux apparences, il n'y a pas d'aide réelle. L'ARH réalise une opération blanche. L'ESP finance la partie aidée par les économies réalisées et doit dégager des économies et/ou des recettes d'activité nouvelles pour le reste.

Transfert préjudiciable au « budget de soins » et au conditions de travail des soignants.

Profond bouleversement du dispositif de soins

Hier 1500 maternités, aujourd'hui 500.

Argument principal :

La sécurité (300 accouchements mais pas de preuve)

95% des fermetures dans le public

Récemment IVRY (3 000), Juvisy (900), St Antoine (2 300)

Idem pour les plateaux de chirurgie (2 000 actes)

Hôpitaux publics

*Menace de fermeture
sur 113 blocs opératoires
qui effectuent moins
de 2 000 actes par an*



Carte des 113 blocs opératoires menacés de fermeture (© AFP/Infographie)

En 2009 le prétendu seuil est passé à 1 500 et on parle de 183 plateaux menacés.

Fermetures partielles conduisant à fermetures définitives

Incidence sur la prise en charge des urgences

Conséquences multiples

Pour les patients

Accès aux soins plus inégalitaire pour les plus démunis et les plus éloignés

Recul de la prise en charge

Multiplication de déplacements

Éloignement des proches,

Zones blanches

Surcoûts évidents : franchises

supplémentaires, prix du privé plus

élevés, dépassement d'honoraires plus

systematiques, transports...

Pour les territoires

Perte d'attractivité de l'hôpital.

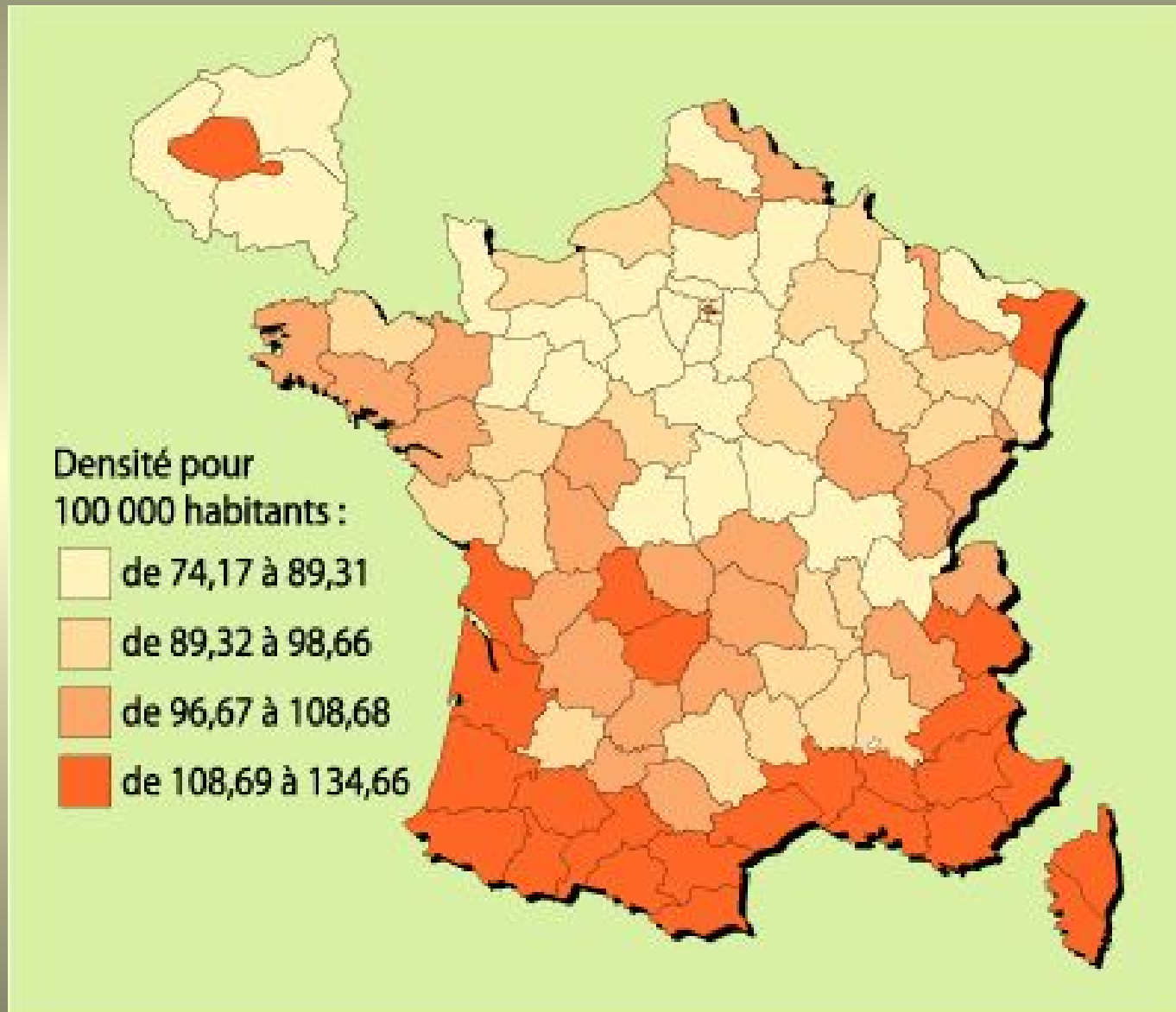
Perte d'emplois publics induisant Pertes d'activités économiques, sportives et culturelles

Perte d'attractivité du territoire

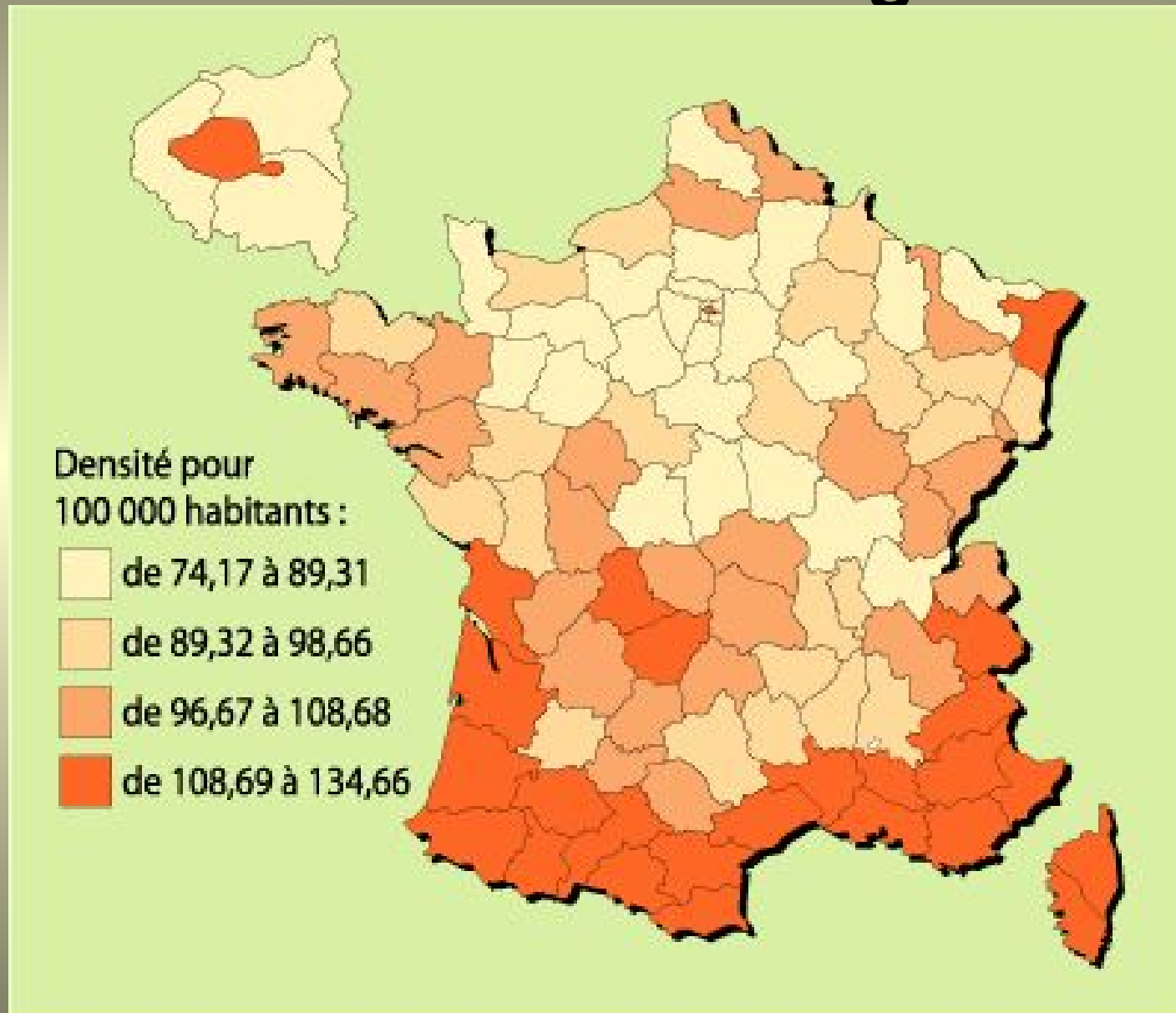
Risque de désertification médicale

**Risque de phénomène boule-de-neige :
une fermeture dans la santé en amenant
d'autres, et dans d'autres services, ...**

Répartition des médecins spécialistes



Répartition des médecins généralistes



**D'où des réticences de la part des élus,
des personnels et de la population**

**En réplique, la loi Bachelot, qui entrera en
vigueur le 1er janvier 2010 vise à
empêcher ces freins et à éliminer les
contre-pouvoirs.**

▪

Quelques exemples

Le conseil d'administration définissait la politique générale de l'établissement et délibérait sur:

- Le projet d'établissement et le projet médical,**
- le contrat pluriannuel (CPOM)**
- Les programmes d'investissement**
- le budget prévisionnel, les décisions modificatives, les propositions de dotation**
- Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation;**
- Les créations, suppressions, transformations de structures médicales,**
- Les emplois de praticiens hospitaliers**

Supprimé et remplacé par un **conseil de surveillance** qui délibère sur :

- Les conventions de coopération,
- La participation à une communauté hospitalière de territoire,
- Le projet de fusion avec un ou plusieurs EPS,
- Le projet d'établissement,
- Le compte financier et l'affectation des résultats,
- Le rapport annuel d'activité,

Il donne son avis sur :

- les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,**
- la politique de sécurité des soins,**
- les opérations immobilières,**
- le règlement intérieur de l'établissement,**
- le rapport annuel de gestion.**

Il entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement

Le directeur général de l'ARS participe aux séances avec voix consultative et peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

Le pouvoir est confié à un **directoire composé de 7 sept membres du personnel de l'établissement,**

« — le directeur,

« — le président de la CME

« — le président de la commission des soins infirmiers,

« — des membres nommés et, le cas échéant, révoqués par le directeur.

Communautés hospitalières de territoire

Association d'établissements de santé créée par convention.

Préparée et approuvée par les directeurs des établissements après avis de leurs conseils de surveillance

Elle est ensuite soumise à l'approbation du directeur de l'ARS.

Cette double approbation vaut création de la communauté hospitalière de territoire.

Elle entraîne :

- la désignation de l'établissement siège**
- un projet médical commun**
- la mise en cohérence des CPOM, des projets d'établissement, des plans de financement et des programmes d'investissement**
- la mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information.**

Le directeur de l'établissement siège devient directeur de la CHT

Depuis 15 ans la droite impose à marche forcée sa vision libérale ? Elle porte gravement atteinte au service public, aux usagers, à l'aménagement du territoire et privilégie le privé au passage.

Objectif non affiché : 1 CH par département