



C.H. LAVAUR



Lavaur, le 01/11/2009

## FINANCEMENT DES HÔPITAUX, ANALYSE ET PROPOSITIONS CGT

L'ensemble des dispositifs doit être revu en profondeur dans un cadre politique rénové, notamment sur le champ démocratique.

L'actuelle définition des différentes typologies de séjour est satisfaisante : court, moyen et long séjour et en dehors de l'Hospitalisation Complète et de l'Hospitalisation Programmée à Durée Déterminée (de jour ou de semaine).

Ce ne sont pas les typologies qui posent problème, mais les concepts et l'encadrement dans lesquels ils sont inscrits, dans le cadre des politiques menées.

- Il faut cesser les références aux moyennes, tant pour les durées d'hospitalisation, que pour les coûts.
- Il faut cesser les « primes à l'intéressement et/ou sanctions » liées aux durées d'hospitalisation, en référence aux moyennes.
- Il faut que la prise en charge des médicaments soit totale, à partir d'un cadre de recette unique. Pour cela, il faut développer les achats groupés, et définir nationalement une politique publique du médicament.
- Les financements des établissements doivent intégrer des amortissements réalistes, notamment mobiliers et médicaux, en lien avec le volet investissement national.
- Il faut garantir une pérennité des financements autour des versants : recherche, formation, dépistage, prévention.
- Il convient, également, de revenir sur la durée et le coût moyen. Nous considérons qu'il faut revenir à la notion de **Groupes Homogènes de Malades (GHM)** mais en revoyant leur périmètre, leur composition et leur éventail.

Le GHM s'appuie, alors, sur une Echelle Nationale des Coûts (ENC) qui doit être totalement rénovée, avec une base très large et **contrôlée démocratiquement**.

Il est évident que cette échelle doit permettre d'avoir des **coûts réels d'activité** pour des groupes de malades.

### **POUR CE FAIRE, IL CONVIENT NOTAMMENT :**

- Que soit remis à plat, avec les professionnels, l'ensemble des outils d'évaluation des besoins.
- Que le panel d'établissements référents soit revu, élargi. Là aussi, il faut éviter de tomber dans un cadre de moyenne « fourre tout » qui, inexorablement, tire tout vers le bas.
- D'intégrer les missions légales et réglementaires, ainsi que l'obligation de permanence de l'hôpital public (ce qui interdit toute convergence avec le privé lucratif).

## **SUR LE FINANCEMENT DES SERVICES D'URGENCES :**

Il faut en finir avec le système forfait. Il faut prendre en compte la situation de l'offre de soins dans l'établissement, ainsi que certains autres facteurs, comme la situation des soins de villes (milieu rural, montagne, exposition risques sanitaires...).

Il doit donc y avoir un double financement constant, plus proche de la réalité des coûts (permanence, accueil et, par passage).

## **SUR LA PROCÉDURE BUDGÉTAIRE :**

- Il faut supprimer **l'EPRD** représentant un outil à philosophie privée.
- Nous proposons de revenir à un **système de budget avec deux sections distinctes : exploitation et investissement**. Chacune est dotée de groupes fonctionnels avec ses recettes affectées et dépenses, composées de sous groupes.
- **Le Conseil d'Administration (CA)** doit délibérer sur l'ensemble du budget, des sections et des groupes. Il paraît fondamental que le Comité Technique d'Etablissement (ou le Comité d'Etablissement) possède une réelle capacité d'intervention sur les questions économiques. Il faut **donner les moyens et les prérogatives au CTE** pour qu'il puisse avoir une réelle capacité... **Cela nous conforte dans le rejet de la loi HPST.**

## **NOUS PROPOSONS UNE PROCÉDURE À QUATRE NIVEAUX :**

**1/ Le Conseil d'Administration délibère un cadre d'activités, en cohésion avec le schéma régional** (dont il convient de revoir les objectifs et les mécanismes d'élaboration). Ce cadre fixe les recettes nécessaires en prévision avec les besoins de la population suivie.

**2/ Le budget est remis aux services de tutelles.** L'objectif est de veiller à une cohérence territoriale d'offre de soins et à une bonne répartition qui rentre dans une véritable politique nationale de santé, prenant en compte les différences territoriales.

**3/ Après le retour du budget, le Conseil d'Administration arrête celui-ci.**

**4/ En fin d'exercice, l'établissement vote le budget de clôture** et justifie les dépenses au regard de son activité.

**Pour la CGT du CH Lavour, la notion de déficit doit disparaître des hôpitaux publics. En effet, les déficits ne sont qu'un moyen de pression, d'ailleurs assez efficace, pour faire appliquer les réformes et réduire l'offre de soins.**

**C'est au nom de cette rentabilité que nous avons subi les fermetures à Lavour de la Pédiatrie il y a quelques années, hier la Chirurgie, demain la lingerie et après demain ? Le Laboratoire ?**

**CéGéT**ez vous et mêlez vous de votre hosto !

Permanence le mardi de 9 h à 16 h. tél. : 05 63 83 30 38 ou 3038 Mail : [cgt.chlavour@wanadoo.fr](mailto:cgt.chlavour@wanadoo.fr)

Retrouvez de nombreuses infos sur notre site internet : [www.cgt-chlavour.fr](http://www.cgt-chlavour.fr)

