



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

hôpitaux publics

Question écrite n° 66279

Texte de la question

M. Kléber Mesquida souhaite attirer l'attention de M. le ministre des solidarités, de la santé et de la famille sur la situation budgétaire des établissements hospitaliers et son implication sur la mission de service public et sur l'emploi. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie 2005 voté par le Parlement à hauteur de 3,6 % pour les établissements hospitaliers se révèle insuffisant devant la réalité des besoins du secteur. De l'ensemble des partenaires : direction, organisations syndicales, corps médical, une évolution de 5 % minimum était une nécessité pour le maintien de l'activité et de l'emploi. Par ailleurs, la mise en place progressive de la tarification à l'activité (T2A) est très compliquée à mettre en oeuvre et gêne la lisibilité indispensable à une bonne gestion. Il est à craindre que la baisse des tarifs de la T2A 2005 entraîne une baisse de recette. Ainsi les conséquences de réduction d'activité, d'effectifs, de budget et des déficits importants sont à prévoir. Aussi, il lui demande quelles mesures il compte prendre pour que des moyens supplémentaires soient mis en place en faveur du maintien et du renforcement d'un service public hospitalier de qualité.

Texte de la réponse

L'attention du ministre de la santé et des solidarités a été appelée sur le financement de l'hospitalisation publique en 2005 et les modalités de la réforme du financement lié au passage à la tarification à l'activité. En ce qui concerne le financement de l'hospitalisation publique en 2005 que certaines organisations représentant les établissements de santé jugent insuffisant, indiquant qu'un taux de progression des ressources financières supérieur à 5 % serait nécessaire pour couvrir l'évolution des dépenses, le taux prévisionnel d'évolution de la part hospitalière de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie a été fixé à 3,6 % pour 2005. Il convient de rappeler que ce taux d'évolution est cohérent avec celui de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie limité à 3,2 % dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 qui doit assurer le retour à l'équilibre de l'assurance maladie. Il correspond en effet à un effort pour les établissements de santé qui doivent contribuer à cet objectif majeur de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, notamment grâce à la réalisation d'économies sur les achats hospitaliers. Il convient d'insister sur le fait que ce taux prévisionnel de 3,6 % reste très largement supérieur à la croissance prévisible du produit intérieur brut pour 2005, évaluée à 1,5 % par l'INSEE dans sa note de conjoncture de juin 2005. Il reste que ce taux de 3,6 % permet effectivement de couvrir l'ensemble des facteurs d'évolution des dépenses, notamment de personnel : mesures salariales générales telles qu'elles sont actuellement arrêtées, achèvement du financement de la RTT médicale et mesures nouvelles adoptées dans le cadre de la réforme des retraites. La marge dégagée par le taux de croissance de l'objectif permettra de financer aussi la tranche annuelle 2005 des plans de santé publique (cancer, urgences, maladie rares, périnatalité et santé mentale). En ce qui concerne la mise en oeuvre de la réforme du financement de l'hospitalisation publique, il est normal qu'elle soulève des interrogations bien que l'ensemble de ses modalités d'application figuraient dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 du 19 décembre 2003. La campagne budgétaire et tarifaire 2005 est en effet très différente des précédentes. Depuis cette année, les budgets de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, sont déterminés non selon un montant de dépenses dites « encadrées » arrêtées par l'agence régionale de l'hospitalisation, mais selon les ressources

dont ils pourront disposer et qui dépendent en partie, pour ceux qui réalisent une activité de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie, de leur volume d'activité. Le second changement majeur est constitué par la part croissante de ressources non fixées a priori mais déterminé par l'activité effectivement réalisée par l'établissement et donc par nature conditionnelles et incertaines, au contraire des dotations arrêtées par les agences régionales de l'hospitalisation. Ce double changement a pu faire encourir à la réforme le reproche de complexité et d'opacité. Par ailleurs, ménager une phase de transition a impliqué de faire coexister deux systèmes de financement obéissant à des logiques différentes : des dotations fixées par les agences régionales de l'hospitalisation et des ressources liées à l'activité. Il est en effet évident que l'ambitieuse réforme de la tarification à l'activité ne peut s'appliquer sans tenir compte des situations existantes. En particulier, les ressources des établissements de santé ne peuvent être modifiées trop brutalement d'une année sur l'autre. De ce fait, dans la phase de transition actuelle, la réforme, simple dans son principe, est d'application complexe. En ce qui concerne les tarifs de groupes homogènes de séjour (GHS), le perfectionnement du modèle de la T2A entre 2004 et 2005 par l'introduction de suppléments pour certaines activités dont la réanimation, par la réévaluation de certains forfaits et surtout par une meilleure prise en compte des missions d'intérêt général assurées par les établissements a conduit, à enveloppe constante, à revoir les tarifs de GHS à la baisse. Si l'introduction de suppléments et le choix de payer en sus des tarifs certains dispositifs médicaux ont conduit à des baisses plus importantes pour certains tarifs de GHS, il reste que l'enveloppe constituée par les produits des GHS et des suppléments diminue effectivement de 2,8 % avant application des mesures nouvelles pour 2005, comme cela avait été indiqué par les services du ministère de la santé et des solidarités. Il convient d'insister sur le fait que la baisse apparente des seuls tarifs des GHS correspond bien à un réajustement du modèle dans sa phase de démarrage : elle trouve sa compensation dans l'augmentation importante des suppléments, d'une part, et des ressources des enveloppes missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC) et des forfaits annuels (urgences notamment), d'autre part. À activité prévisionnelle inchangée, en intégrant l'ensemble des ressources dans le calcul, les établissements bénéficieront en 2005, au terme de l'exercice budgétaire, de ressources supérieures à leur niveau de 2004. Afin de répondre aux critiques dont elles ont pu faire l'objet, les modalités de calculs des tarifs ont été communiquées aux experts des fédérations représentant les établissements de santé. Conscient des difficultés qui peuvent se poser aux établissements de santé, afin de les aider dans la période de transition vers la tarification à l'activité, le ministère de la santé et des solidarités a conçu un dispositif d'accompagnement des établissements. Ce dispositif se met en place. Il a fait l'objet d'une première présentation, dans ses grandes lignes, le 26 mai 2005. Le dispositif repose largement sur les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), auprès desquelles seront placés des chargés de mission régionaux ou interrégionaux. Un comité de pilotage national de ce dispositif a été constitué, présidé par le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et un chargé de mission auprès du ministre. Il associe des représentants du ministère, des ARH, les fédérations représentant les établissements de santé et les conférences hospitalières. Sur proposition des ARH, les établissements de santé en difficultés - que ces difficultés soient financières ou d'organisation - pourront s'ils le souhaitent recevoir une mission de diagnostic diligentée par la DHOS et conduite par des pairs - directeurs d'hôpitaux et médecins notamment - qui auront montré leur capacité à gérer le changement. Ces établissements pourront ensuite bénéficier de plans personnalisés d'accompagnement comportant notamment un appui opérationnel réalisé par des professionnels de l'organisation hospitalière.

Données clés

Auteur : [M. Kléber Mesquida](#)

Circonscription : Hérault (5^e circonscription) - Socialiste

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 66279

Rubrique : Établissements de santé

Ministère interrogé : solidarités, santé et famille

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 31 mai 2005, page 5542

Réponse publiée le : 17 janvier 2006, page 569