

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

18 octobre 2019

PLFSS POUR 2020 - (N° 2296)

Commission	
Gouvernement	

Retiré

**AMENDEMENT**

N° 1590

présenté par  
Mme Benin

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL****APRÈS L'ARTICLE 24, insérer l'article suivant:**

I. – À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 et pour une durée de trois ans, l'État peut autoriser, à titre expérimental dans les collectivités territoriales définies à l'article 73 de la Constitution, les établissements de santé à bénéficier d'un mode de financement adapté afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines activités sur leur territoire.

Ce mode de financement spécifique intègre les éléments suivants :

1° Les catégories de prestations donnant lieu à facturation mentionnées à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

2° Les coefficients géographiques mentionnés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;

3° Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, pour les activités qui ne peuvent s'équilibrer par la facturation mentionnée à l'article L. 162-22-6 compte tenu des facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans leur territoire.

II. – Le mode de financement spécifique mentionné au I est mis en œuvre dans le cadre d'un contrat d'accompagnement sur objectifs conclu entre l'agence régionale de santé et l'établissement de santé. Cet accompagnement est calculé annuellement sur la base de la situation initiale de l'établissement et d'objectifs arrêtés entre l'agence régionale de santé et l'établissement.

III. – Un décret en Conseil d'État précise le champ et les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue aux I et II, notamment les conditions d'accès et les critères d'éligibilité des établissements concernés, les modalités de fixation du financement spécifique et les activités pour lesquelles il s'applique, ainsi que la mise en œuvre de la contractualisation d'accompagnement sur objectifs entre l'agence régionale de santé et l'établissement de santé concerné.

Les ministres chargés de la santé et des comptes sociaux arrêtent la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation, après avis des agences régionales de santé concernées.

III. – Au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remet un rapport d'évaluation au Parlement.

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans tous les départements d'Outre-mer, les établissements hospitaliers font face à des difficultés d'organisation et de financement structurelles, liées à leur situation géographique.

Selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), les principaux postes de surcoûts identifiés dans les Outre-mer ont pour cause les majorations légales de salaires, les prix des produits de santé – auxquels s'ajoutent les frais d'approche – ; les surcoûts de « titre 3 » (hôtellerie, énergie, alimentation), le coût des travaux et d'investissements plus élevés – en raison de l'insularité et des conditions naturelles ; et la difficulté des évacuations sanitaires.

Le rapport de Jean-Marc Aubert, « Réforme des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement régulé », remis à la ministre des Solidarités et de la Santé en janvier 2019, a mis en exergue ces difficultés, et a avancé plusieurs propositions pour améliorer la situation des établissements de santé ultramarins. Ainsi, il souligne que la grande majorité des établissements ultramarins connaissent des difficultés financières auxquelles les pouvoirs publics pallient depuis de nombreuses années, sans réelle remise à plat de l'ensemble du système – « ces difficultés étant liées non seulement à des spécificités objectives de leur réalité mais aussi à des erreurs de gestion antérieure. »

Il est donc urgent, en vue d'assurer un financement réaliste et adapté à la situation des Outre-mer, d'entamer une réflexion globale, non seulement sur les coefficients géographiques, mais également sur le financement global de ces établissements, afin de mieux tenir compte des spécificités de chaque territoire ultramarin.

De fait, si le rapport de M. Jean-Marc Aubert soutient le fait que nos territoires ultramarins sont compatibles avec un financement de tarification à l'activité (T2A), plusieurs adaptations doivent être mises en œuvre, « dont notamment une révision du coefficient géographique recentré sur les surcoûts objectivables ».

Par ailleurs, pour tenir compte des aides en trésorerie accordées de manière récurrente, il est proposé dans son rapport de mettre en place un accompagnement contractualisé sur objectifs et dégressif, permettant progressivement de sortir du système des aides exceptionnelles pour ramener les établissements de santé aux standards attendus de tout établissement, en y intégrant les spécificités des territoires d'Outre-mer. Cet accompagnement serait ainsi calculé annuellement pour

chaque établissement en fonction de leur situation initiale objectivée, d'objectifs co-arrêtés, et ferait l'objet d'une contractualisation avec les Agences régionales de santé (ARS).

En outre, certaines activités coûteuses ne pouvant s'équilibrer par le paiement à l'activité, compte tenu de l'exiguïté des territoires insulaires, des financements pourraient être réalisés dans le cadre de mission d'intérêt général (MIG).

En conséquence, cet amendement propose d'initier une expérimentation sur la base des recommandations formulées par M. Jean-Marc Aubert dans son rapport de janvier 2019 sur la réforme des financements hospitaliers.

La tarification à l'activité, les coefficients géographiques, et les missions d'intérêt général d'aides à la contractualisation étant déjà pris en compte dans le cadre général du budget de la sécurité sociale, cet amendement est à budget constant et ne constitue pas une charge. L'application de cet article étant renvoyée au cadre réglementaire, il appartient aux ministres chargés de la santé et des comptes sociaux de définir la répartition budgétaire allouée à cette expérimentation, dans le respect des équilibres des comptes de la sécurité sociale et des moyens financiers existants.