

ASSEMBLÉE NATIONALE

16 octobre 2020

PLFSS POUR 2021 - (N° 3397)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

AMENDEMENT

N° 2242

présenté par

Mme Benin, Mme Vainqueur-Christophe, M. Mathiasin, M. Serva, M. Serville, M. Lénaïck Adam,
Mme Kéclard-Mondésir, M. Nilor, Mme Bassire, M. Kamardine et Mme de Vaucouleurs

ARTICLE 29

Après l'alinéa 11, insérer les trois alinéas suivants :

« II. *bis* – L'expérimentation prévue au II du présent article est adaptée aux spécificités des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution. Cette adaptation vise à tenir compte de leurs caractéristiques sanitaires, géographiques et populationnelles.

« Un décret en Conseil d'État définit les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les adaptations spécifiques applicables à ces établissements, les conditions d'entrée dans le dispositif, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre et les modalités d'évaluation de l'expérimentation.

« Un rapport d'évaluation est transmis au Parlement au plus tard le 30 juin 2025. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Conformément aux engagements pris par le Gouvernement dans le cadre du Ségur de la Santé, le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose de mettre en place un modèle de financement mixte afin de réduire la part de tarification à l'acte et à l'activité (T2).

Pour autant, afin que cet engagement soit parfaitement adapté et mis en œuvre dans les Outre-mer, cet amendement propose de créer une expérimentation spécifique aux établissements hospitaliers ultramarins, qui traduirait ainsi les recommandations faites par M. Jean-Marc Aubert dans son rapport remis en janvier 2019 à la ministre des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès Buzyn.

En effet, dans tous les départements d’Outre-mer, les établissements hospitaliers font face à des surcoûts spécifiques liés à leur situation géographique.

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

C’est pourquoi des coefficients géographiques sont appliqués dans les établissements de santé ultramarins, que ce soit pour les tarifs nationaux de l’assurance maladie, les forfaits annuels et la dotation complémentaire des établissements de santé. Ils sont actuellement de 27 % pour la Guadeloupe et la Martinique, 31 % pour la Réunion et la Guyane. Depuis 2006, l’ensemble des territoires ultramarins a bénéficié d’un relèvement de ces coefficients. Par exemple, en 2016, des travaux ont été conduits afin de revaloriser le coefficient de la Guadeloupe, passant de 26 % à 27 % en 2017.

Pour autant, au regard des différentes charges décrites précédemment, les coefficients géographiques actuels ne permettent pas d’absorber les surcoûts subis par les établissements hospitaliers outre-mer. C’est ce qu’avait d’ailleurs conclu, s’agissant de la Réunion, une étude approfondie menée en 2018 par les cabinets Ernst and Young et Verso Consulting pour la Fédération hospitalière de l’Océan indien ; ainsi que 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.

Le rapport de M. Jean-Marc Aubert souligne d’ailleurs qu’à chaque fin d’année, une aide exceptionnelle en trésorerie est accordée a posteriori aux établissements de santé, en raison de difficultés permanentes et substantielles constatées. En effet, la grande majorité des établissements ultramarins connaissent des difficultés financières graves, 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.* »

De fait, si le rapport de M. Jean-Marc Aubert souligne 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 sa 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).

Ainsi, afin d'assurer un financement réaliste et adapté à la situation des hôpitaux dans les Outre-mer, cet amendement propose de mettre en place un mode de financement mixte qui permette d'adapter les modalités aux spécificités territoriales et populationnelles de chaque établissement volontaire.