



ASSEMBLÉE NATIONALE

11ème législature

hôpitaux

Question écrite n° 28094

Texte de la question

M. Jacques Kossowski souhaite attirer l'attention de M. le secrétaire d'Etat à la santé et à l'action sociale sur la politique hospitalière du Gouvernement. Alors que des regroupements d'établissements publics et privés vont être mise en place, il serait intéressant de connaître le coût exact et les moyens de financement d'un tel processus. D'autre part, ces fusions vont, semble-t-il, poser un certain nombre de problèmes : quels statuts, quels revenus et quelles retraites pour l'ensemble des personnels soignants - certains venant du secteur public et d'autres du secteur privé ? De plus, n'est-il pas paradoxal d'envisager la disparition de sites médicaux de proximité alors que les frais de transport - qui pesaient si lourd dans le budget dans l'assurance maladie - ne sont presque plus remboursés. Enfin peut-on demander à des personnes âgées de faire de longs trajets pour subir des examens de dépistage ou de surveillance ? Il le remercie de bien vouloir lui faire des réponses précises à chacune de ces questions.

Texte de la réponse

La recomposition de l'offre hospitalière est une nécessité pour concilier des impératifs de meilleure réponse aux besoins de la population, de qualité et de sécurité des soins et d'efficacité globale du dispositif. Plusieurs modalités organisationnelles sont à cette fin privilégiées, au rang desquelles figure en priorité la mise en place de réseaux d'établissements gradués et coordonnés. La coopération entre les établissements publics et les établissements privés est particulièrement recherchée lorsqu'il s'agit d'utiliser en commun des équipements matériels lourds ou des plateaux techniques tels des services d'imagerie ou des laboratoires, ou de rationaliser une organisation hospitalière dans des villes moyennes où l'hôpital public et la clinique privée sont en situation de concurrence pour certaines activités. Il arrive, par exception, que la coopération des structures soit élargie et aboutisse à des rapprochements géographiques et à la disparition de l'un des deux établissements, le plus souvent d'ailleurs de la clinique privée commerciale. Si ces opérations, prises individuellement, présentent des surcoûts marginaux, liés à des aménagements architecturaux principalement, elles sont financées par les établissements eux-mêmes sur leurs budgets annuels. Neutres au plan macro-économique, ces opérations, par la rationalité des moyens qu'elles introduisent, constituent, à terme, un des éléments qui permettent de respecter la contrainte économique pesant sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Des dispositions législatives et réglementaires permettent, sous certaines conditions, que le personnel non médical de l'établissement privé qui cesse son activité puisse être intégré dans les statuts correspondants de la fonction publique hospitalière. De même, les conditions d'accès au corps de praticien hospitalier à temps plein et à temps partiel ont été assouplies par la suppression de la limite d'âge pour concourir et les services accomplis dans les établissements privés participant au service public hospitalier sont dorénavant pris en compte pour le calcul de l'ancienneté. La fongibilité entre les enveloppes financières des établissements sous dotation globale et des établissements privés sous objectif quantifié national permet d'ajuster les moyens de financement au transfert d'activité constaté. Par ailleurs, s'il est exact que les transports entre les établissements augmentent, leur coût est compensé par les gains obtenus de la rationalisation de la prise en charge des patients. Enfin, il n'est pas dans l'intention du Gouvernement d'accroître les difficultés d'accès aux soins des personnes âgées en

leur imposant de longs trajets pour subir des examens de dépistage ou de surveillance. Au contraire, le dispositif mis en place par les schémas régionaux d'organisation sanitaire vise à développer une offre de soins de proximité pour les maladies chroniques et répétitives pour lesquelles il est avéré que la proximité du domicile est en soi un critère de qualité des soins. Le rappel récent de mieux répartir géographiquement les structures de soins de suite et de réadaptation est cohérent avec cet objectif de proximité. De même, la création ou le développement de consultations avancées de spécialités médicales ou chirurgicales vont dans le sens d'un meilleur service rendu à l'utilisateur. En revanche, il faut admettre que tous les établissements ne peuvent disposer des mêmes compétences et des mêmes plateaux techniques et qu'en cas de pathologie complexe, il est préférable d'accéder à un plateau technique plus sophistiqué même si cet accès nécessite un trajet plus long.

Données clés

Auteur : [M. Jacques Kossowski](#)

Circonscription : Hauts-de-Seine (3^e circonscription) - Rassemblement pour la République

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 28094

Rubrique : Établissements de santé

Ministère interrogé : santé et action sociale

Ministère attributaire : santé et action sociale

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 5 avril 1999, page 2009

Réponse publiée le : 6 décembre 1999, page 7032