



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

hôpitaux publics

Question écrite n° 65920

Texte de la question

M. Bernard Carayon appelle l'attention de M. le ministre des solidarités, de la santé et de la famille sur les problèmes techniques rencontrés par les centres hospitaliers dans l'élaboration du budget 2005. Les nouvelles modalités d'allocation budgétaire auraient été marquées par un défaut de transparence suscitant à la fois un retard dans le vote des budgets mais faisant apparaître surtout un décalage entre les financements alloués et les financements attendus définis à l'aune de l'activité des établissements, générant des difficultés de trésorerie. C'est ainsi que, suivant la proposition de la fédération hospitalière de France, (FHF), les conseils d'administration des établissements ont été conduits souvent à voter un budget incluant une demande de subvention d'équilibre. Il lui demande de bien vouloir l'éclairer sur les raisons de l'opacité méthodologique que subiraient les centres hospitaliers.

Texte de la réponse

L'attention du ministre de la santé et des solidarités a été appelée sur les difficultés que rencontreraient actuellement les établissements publics de santé dans la mise en oeuvre de la réforme du financement de l'hospitalisation publique et sur l'inquiétude et la perplexité que la réforme soulève parmi les membres de la communauté hospitalière. 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 même si 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. Cette logique nouvelle constitue un premier changement majeur, de nature à désorienter certains acteurs du monde hospitalier. Le second changement majeur est constitué par la part croissante de ressources non fixées a priori mais déterminées 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 financements 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 outre, l'intégration et le traitement exhaustif de très nombreuses données ont conduit à des retards dans sa mise en oeuvre initiale cette année. En ce qui concerne les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS), le perfectionnement du modèle de la T 2 A 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 des GHS à la baisse. Si l'introduction de suppléments et le choix de payer en sus des tarifs certains dispositifs médicaux ont conduit à de fortes baisses pour certains tarifs de GHS - jusque 40 % - 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 - en moyenne environ 8,5 % - 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. Bernard Carayon](#)

Circonscription : Tarn (4^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 65920

Rubrique : Établissements de santé

Ministère interrogé : solidarités, santé et famille

Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clé(e)s

Question publiée le : 24 mai 2005, page 5275

Réponse publiée le : 17 janvier 2006, page 568