



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

hôpitaux publics

Question écrite n° 66276

Texte de la question

M. Jean-Pierre Brard attire l'attention de M. le ministre des solidarités, de la santé et de la famille sur la suite inédite de difficultés et de dysfonctionnements qui affectent la préparation des budgets des établissements hospitaliers publics pour 2005. Les retards dans la communication des informations, l'insuffisance flagrante de l'enveloppe budgétaire octroyée, l'opacité sur les modalités de mise en oeuvre de la tarification à l'activité et l'évaluation trop restrictive des missions d'intérêt général pour les centres hospitaliers généraux non universitaires, rendent impossible la présentation de budgets réalistes et sincères. La baisse des tarifs des groupes homogènes de séjour, applicables aux différents actes de soins, imposée aux hôpitaux publics, aggrave encore les difficultés. Cette situation inadmissible est de nature à dégrader la qualité du service rendu aux malades et à servir de prétexte à de nouvelles mesures d'austérité pour la santé. Il lui demande, en conséquence, s'il prévoit de remédier rapidement à cette situation et de dégager à cet effet les financements indispensables à un bon fonctionnement du service public.

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, maladies 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. 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. 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. Par ailleurs, la nécessité de 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 ce qui concerne la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), il faut préciser qu'elle a été construite de façon rationnelle et transparente. Elle finance les différentes missions que le Gouvernement a retenues comme missions d'intérêt général, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. Son montant intègre les coûts actualisés de ces missions tels qu'identifiés par les établissements dans leurs comptes administratifs retraités. Il convient de rappeler que conformément à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, il appartiendra au Gouvernement de présenter à l'automne au Parlement et aux fédérations d'établissements un rapport quant aux montants des dotations MIGAC et à leurs critères d'attribution aux établissements. En ce qui concerne les tarifs de 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 de GHS à la baisse. Si l'introduction de suppléments et le choix de payer en sus des tarifs certains dispositifs médicaux a 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.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Pierre Brard](#)

Circonscription : Seine-Saint-Denis (7^e circonscription) - Député-e-s Communistes et Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 66276

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