



# ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

## hôpitaux publics

Question écrite n° 67113

### Texte de la question

M. Jean-Pierre Kucheida appelle l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur la situation préoccupante des hôpitaux publics en matière de financement comme en témoigne la Fédération hospitalière de France. En effet, le financement des hôpitaux, sur la base d'une progression de 3,6 % des dépenses d'assurance maladie en 2005, place ces établissements dans une situation critique sachant que la simple reconduction de leur activité en 2005 conduit à une augmentation mécanique de leur besoin de financement à plus 5 %. De plus, les modalités de mise en oeuvre de la tarification à l'activité suscitent de vives réserves en raison d'un manque de transparence et d'une absence de visibilité dans sa mise en oeuvre. Ainsi, à activité égale, les hôpitaux risquent de connaître des baisses de ressources considérables sans doute non compensées. Face à ces difficultés et afin de mettre en place les ajustements qui s'imposent, il estime qu'une loi de financement de la sécurité sociale rectificative apparaît nécessaire. Il lui demande en conséquence, de lui indiquer les mesures qu'il compte prendre afin que les établissements hospitaliers continuent d'assurer leurs activités de service public de santé.

### 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, maladie 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 déterminé 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 de groupes homogènes de séjour (GHS), le perfectionnement du modèle de la T2A 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. 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. Jean-Pierre Kucheida](#)

**Circonscription :** Pas-de-Calais (12<sup>e</sup> circonscription) - Socialiste

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 67113

**Rubrique :** Établissements de santé

**Ministère interrogé :** santé et solidarités

**Ministère attributaire :** santé et solidarités

**Date(s) clé(s)**

**Question publiée le** : 14 juin 2005, page 6106

**Réponse publiée le** : 17 janvier 2006, page 571