ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

établissements de santé

Question écrite n° 78577

Texte de la question

M. Joël Giraud attire l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur les conséquences de l'application du mode de financement T2A sur le budget de certains établissements de santé. En effet, le principe du financement à l'acte ne tient pas compte des contraintes territoriales d'une politique de santé qui doit assurer à tous nos citoyens une égalité de traitement. Le coût d'un plateau technique présente un seuil minimal incompressible indépendant du nombre d'actes effectués. L'application aveugle de ce mode de financement risque d'accélérer les fermetures d'établissements ou de services qui n'ont pas atteint un seuil critique d'activité. Ainsi, la situation du centre hospitalier de Briançon, dans les Hautes-Alpes, devient de plus en plus critique, et les conditions de travail se détériorent au point de mettre en péril la qualité des soins. Une politique équitable doit prendre en compte les spécificités de chaque territoire : pour un bassin de population de zones enclavées en montagne, le service public de santé de proximité doit être maintenu. Dans une région accueillant de façon saisonnière une importante population touristique, la sécurité publique exige le maintien de moyens techniques performants. L'application de certains rapports préconisant la nomination de « managers de bloc accomplissant un nouveau métier inspiré des méthodes en vigueur dans le secteur industriel » constitue une aberration dans une politique de santé publique. De plus, l'hôpital étant souvent le premier employeur dans un environnement géographique, c'est toute l'activité économique d'un bassin d'emploi qui peut pâtir d'une baisse d'activité. Il le remercie de lui préciser quelles adaptations il pense apporter au principe du financement à l'acte pour garantir le principe d'égalité d'accès au service de santé de tous les usagers.

Texte de la réponse

L'attention du ministre de la santé et des solidarités a été appelée sur les conséquences de l'application de la tarification à l'activité dans les hôpitaux de proximité, liée en particulier à la contrainte particulière de service public qui incombe à certains d'entre eux dans les zones enclavées en montagne à l'exemple du CH de Briançon. Le nouveau modèle de tarification à l'activité a pour vocation d'assurer le financement des établissements de santé de manière plus équitable qu'auparavant, c'est-à-dire au plus près des ressources qu'ils se doivent de mobiliser pour prodiguer les soins dans des conditions optimales. Il ne vise en aucun cas à dégrader la qualité du service public hospitalier en rendant plus difficile l'accès aux soins des populations vivant en zone rurale ou montagneuse. Ainsi, sur la base d'un certain nombre de critères médicaux (diagnostic, âge, pathologies associées, actes réalisés...), chaque patient pris en charge dans un établissement de santé est classé dans un groupe appelé GHM (groupe homogène de malades), l'ensemble des GHM composant une typologie à caractère médico-économique. Le tarif associé à chacun de ces GHM, nommé GHS (groupe homogène de séjours), est appliqué à l'ensemble des séjours relevant du GHM en question. S'agissant du traitement d'une même pathologie, on recense généralement plusieurs GHM segmentés suivant des critères d'âge ou de comorbidités associées. Par ailleurs, un financement complémentaire par prix de journée est prévu pour les séjours qui se prolongent au-delà de ce qu'il est statistiquement habituel de rencontrer. La nature du recrutement des établissements de proximité diffère sans nul doute de celui d'autres établissements, grands centres hospitaliers ou universitaires, mais l'éventail des GHM qu'ils recensent n'est pas non plus identique,

reflétant précisément ces différences d'activité. S'agissant des surcoûts particuliers supportés par les établissements de proximité (tels les surcoûts liés au maintien d'un plateau technique complet malgré une fréquentation relativement faible, surcoûts liés aux trasports sanitaires, etc.) qui ne seraient pas pris en compte via les tarifs GHS ou les autres compartiments du système T2A, je vous annonce que des travaux sur le coefficient géographique applicable à l'échelle tarifaire de certains établissements (établissements des DOM, de Corse et d'Ile-de-France jusqu'à présent) vont prochainement être entrepris. Le programme de travail pour 2006 de la DHOS prévoit en effet de se pencher sur ce sujet, notamment s'agissant des zones de montagne caractérisées par un coût immobilier élevé. Une attention toute particulière est portée par les services du ministère à la situation des établissements de proximité. Toutes les informations qui remontent des établissements sur ce sujet sont considérées avec la plus grande attention compte tenu du caractère stratégique de ces établissements pour le service public hospitalier. En particulier, tout établissement qui en fait la demande aux services du ministère peut bénéficier d'un audit de terrain visant à caractériser ses difficultés et y apporter une solution. L'application de la tarification à l'activité ne devrait donc pas pénaliser les hôpitaux de proximité, sous réserve que l'activité de ceux-ci soit bien une activité de court séjour. Dans l'hypothèse inverse, il serait alors souhaitable que les établissements concernés fassent le choix d'un régime d'autorisation plus conforme à leur activité, tel celui applicable aux hôpitaux locaux, et par voie de conséquence puissent bénéficier d'un financement adapté.

Données clés

Auteur : M. Joël Giraud
Circonscription : Hautes-Alpes (2e circonscription) - Socialiste
Type de question : Question écrite
Numéro de la question : 78577
Rubrique : Santé
Ministère interrogé : santé et solidarités
Ministère attributaire : santé et solidarités

Date(s) clée(s)

Date de signalement : Question signalée au Gouvernement le 17 octobre 2006
Question publiée le : 22 novembre 2005, page 10750
Réponse publiée le : 24 octobre 2006, page 11133