

ASSEMBLEE NATIONALE

2E SEANCE DU MARDI 25 OCTOBRE 2005 PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006

Présidence de Mme Paulette GUINCHARD

(Extraits du compte rendu analytique officiel)

M. Maxime Gremetz - [...] Pour aborder le douloureux problème de l'hôpital, force est de constater que tous les établissements sont aujourd'hui dans le rouge. Deux chiffres suffisent en effet à illustrer leur très mauvaise santé: en déficit global d'un milliard d'euros, 75% d'entre eux sont endettés et recourent à l'emprunt pour faire financer leurs dépenses de service public.

[...]

La campagne actuellement menée avec votre complicité me semble donc parfaitement scandaleuse : il paraîtrait que les établissements commerciaux sont traités en parents pauvres de notre système de santé, défavorisés par rapport à cet ogre irresponsable que serait l'hôpital public.

Tel est bien l'esprit qui imprègne l'article 30 de votre projet de loi : au nom de la convergence, vous entreprenez d'accélérer un rapprochement entre le public et le privé auquel nous sommes farouchement opposés. Oui à la complémentarité, mais non à la fusion !

J'ajouterai que les parts de marché du public diffèrent de celles du privé : si le public réalise plus de 80% de la médecine, la chirurgie est en majorité prise en charge par le secteur privé lucratif, à l'exception de la chirurgie lourde où le secteur public est majoritaire, de même que l'essentiel de l'obstétrique, et en particulier de l'obstétrique d'urgence.

Les établissements privés commerciaux traitent en outre très différemment les risques en choisissant de réaliser beaucoup plus de chirurgie « banale », même si une intervention n'est jamais facile.

[...]

Pensez par exemple à la continuité de l'activité : l'activité non programmée, c'est-à-dire l'accueil permanent de tous les usagers 24h sur 24h, a pour conséquence des dépenses qu'ignore le privé. L'activité de garde sur place, propre à l'hôpital public, peut ainsi représenter une charge substantielle. (Protestations sur les bancs du groupe UMP)

N'oublions pas non plus l'égalité d'accès, car l'hôpital a l'obligation d'accueillir et de prendre en charge tous les usagers, quelle que soit leur situation sociale, ce qui n'est pas sans incidence sur les budgets, la durée des séjours, le nombre de poly-pathologie, et les créances irrécouvrables. La FHF indique par exemple que cela représente près de 60 millions d'euros en Ile-de-France !

Par ailleurs, l'hôpital public a pour spécificité de financer sur son budget les services sociaux et les programmes d'action pour les plus démunis, de même que les pathologies psychiatriques aiguës.

S'agissant de l'enseignement et de l'innovation, même si les CHU participent à cette mission, l'enseignement destiné aux personnels paramédicaux est assuré dans de nombreux centres hospitaliers, et les écoles paramédicales restent la quasi exclusivité des hôpitaux et des établissements participant au service public hospitalier.

En matière d'innovation, certains financements ont été prévus, mais ils ne couvrent pas les différentes facettes du processus de l'innovation.

Il convient par conséquent de reconnaître la différence entre le service public hospitalier et les établissements de santé commerciaux, et de dégager des moyens budgétaires permettant aux hôpitaux d'assurer leurs missions.

Or, comme l'an passé, et malgré toutes nos alertes, vos prévisions sont insuffisantes, alors que l'urgence de la situation appelle pourtant des mesures immédiates et faciles à appliquer. Il s'agit en effet, pour l'essentiel, d'un problème de moyens budgétaires, aggravé par la mise en place de la T2A.

Je vous demande donc solennellement, Monsieur le ministre, de reconsidérer l'évolution de l'ONDAM hospitalier, que vous avez programmé à 3,44%. La FHF demande en effet, au minimum, 4,3% pour tenter de faire face à la situation explosive. Il vous incombe d'écouter ces demandes et de faire un geste. Nous vous y inviterons tout au long des débats.

Nous proposons également de supprimer la taxe sur les salaires versés par les hôpitaux ainsi que de baisser la TVA sur les travaux de restauration et d'entretien. Pareilles mesures pourraient ainsi donner une bouffée d'oxygène immédiate à nos hôpitaux, aujourd'hui étranglés par des budgets étriqués.

[...]

Pour conclure, ce projet ne répond en rien aux préoccupations du moment. Vous poursuivez l'étatisation de la sécurité sociale dans la maîtrise du financement, et franchissez une étape supplémentaire dans la privatisation de l'assurance maladie, en ne cessant de réduire le périmètre de prise en charge par le régime obligatoire au profit du privé.

[...]

M. le Président de la commission (Pr Jean-Michel Dubernard) - Cela étant, la privatisation ne présente pas que des inconvénients, et le modèle américain n'est pas aussi mauvais qu'on le proclame, notamment sur le plan de la gestion. Toutefois, les patients ne sont pas aussi bien soignés qu'on le dit, il n'y a pas vraiment d'égalité d'accès aux soins et le nombre des exclus est élevé. En tout cas, les assurances et les mutuelles sont prêtes, et leur gestion ne sera peut-être pas aussi mauvaise que cela, mais les patients paieront plus, ce qui n'est pas à négliger. Les hôpitaux privés se développeront, c'est vrai, et les hôpitaux publics en seront sans doute réduits à jouer le rôle d'hospices, après 40 ans de bons et magnifiques services.

Et de l'autre côté, nous avons l'étatisation, avec la qualité de gestion de l'administration française et sa capacité bien connue à s'autoréformer. (Sourires) Nous verrons les conséquences pour la

médecine et pour les patients. S'agissant de la médecine de ville, le modèle britannique n'est peut-être pas si mauvais mais il en va tout autrement de l'hôpital.

Finalement, nous avons beaucoup de chances d'avoir un modèle tel que le nôtre, et nous devons tout faire pour que cette réforme de la dernière chance aboutisse. (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP)

[...]

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille - Si les déficits avaient augmenté avant la réforme de 2004, c'est qu'on avait laissé croître les dépenses d'assurance maladie de 5 à 7% par an, sans vérifier que chaque euro dépensé était réellement utile à la santé. Il a fallu corriger la situation avec la loi du 13 août 2004, que nous continuons à appliquer dans le cadre de ce PLFSS.

Je ne peux pas, Monsieur Gremetz, vous laisser parler de démantèlement de notre assurance maladie alors que depuis plus de dix ans, la part de l'assurance maladie dans la prise en charge des dépenses de soins ne cesse d'augmenter, du fait du vieillissement de la population, qui entraîne une augmentation du nombre de personnes atteintes d'une affection de longue durée prise en charge à 100%. Cette part atteint aujourd'hui 76,7%, et nous voulons que l'assurance maladie continue à jouer pleinement son rôle pour assurer l'égal accès aux soins.

[...]

M. Jean-Luc Prével - Maxime Gremetz vient de défendre longuement une question préalable à laquelle il ne croit sans doute pas lui-même puisqu'il nous a expliqué tout au long de son intervention qu'il fallait modifier ce projet - ce qui suppose d'en débattre.

Souvenons-nous : avant 1995, le Parlement ne pouvait pas se prononcer sur les dépenses sociales du pays. Depuis 1995, il le fait, certes dans des conditions très insatisfaisantes, notamment du fait de l'autocastration des parlementaires. La loi organique est théoriquement un progrès, mais elle reste insatisfaisante ; les prévisions de recettes sont très optimistes et personne ne croit à la possibilité d'un équilibre ; les dépenses sont également sous-estimées.

[...]

Vous avez dit, Monsieur le président Dubernard, qu'il fallait rester sur la ligne de crête et ne pas tomber du côté de l'étatisation. Mais la réforme de l'année dernière a réalisé une étatisation quasi complète du système de santé ! Il n'y a plus aujourd'hui aucun contrôle démocratique sur la CNAM, et cela nous inquiète. Vous avez dit que cette réforme était « la der des ders » : je n'en crois rien. Le système est évolutif, et nous devons à nouveau le réformer.

[...]

M. Alain Claeys - [...] Vous avez également renoncé à donner à l'hôpital, en particulier public, la place qu'il mérite dans notre système. Il était déjà le grand absent de la réforme de l'assurance maladie. Et aucune réforme n'en est proposée dans ce projet de loi de financement, alors que l'hôpital devrait être le premier acteur d'une politique de solidarité. La convergence entre public et privé ne résoudra pas les problèmes de l'hôpital public. La communauté hospitalière publique est résolue à poursuivre l'amélioration de la gestion et les réformes structurelles : encore faut-il que les

pouvoirs publics cessent d'aggraver ses difficultés ! La tarification à l'activité est encore une bonne idée que vous avez dévoyée. Ses modalités d'application doivent être rediscutées. Elle ne doit pas conduire à l'unification des tarifs entre public et privé : leur convergence est irréaliste, et même dangereuse, compte tenu des missions de service public de l'hôpital, que doit financer une enveloppe spécifique. Ainsi pourrions-nous tenir compte à la fois des contraintes techniques et des aspirations de nos concitoyens.

Le développement des missions de service public et l'exigence de proximité doivent guider toute action concernant l'hôpital. La communauté hospitalière y est prête, et s'engage résolument dans cette voie. Il est regrettable - pour ne pas dire plus - que ses efforts soient anéantis par une situation financière intenable à court terme, qui entraîne des reports de charges d'un montant sans précédent. Les dotations ne permettent même pas de maintenir le même niveau d'activité d'un an sur l'autre...

Mais la crise de l'hôpital n'est que le reflet de celle de la société. En matière de santé, il apparaît comme le dernier recours vers lequel se tournent les Français. Prenez garde de ne pas casser cet outil indispensable de cohésion sociale, et de ne pas décourager la communauté hospitalière qu'œuvre chaque jour au service de tous !

[...]

M. Jean-Luc Prél - [...] Le secteur hospitalier traverse une triple crise : morale, organisationnelle et financière. Les trois quarts des établissements sont en déficit et recourent aux reports de charges, pour 400 millions d'euros en 2004, pour 700 en 2005.

M. le Ministre - C'est faux !

M. Jean-Luc Prél - La T2A, très attendue, devait rompre avec le budget global. Mais jamais les budgets n'ont été aussi complexes, technocratiques et tardifs qu'en 2005. Le système s'apparente aux lettres clés flottantes : quand l'activité augmente, le taux diminue. La belle affaire ! Le taux de T2A sera-t-il maintenu à 25% en 2006, ou ira-t-il au-delà ? Vous proposez une augmentation de 3,43% bien éloignée des 4,4% que recommande la Fédération hospitalière... Mais vous demandez une économie sur les achats de 400 millions. Je connais un ARH qui, pour la garantir, la déduit de la dotation globale !

Le conseil d'administration n'a presque plus de pouvoir, et son président n'est même plus mentionné dans le décret sur les conférences sanitaires.

L'UDF plaide pour une véritable autonomie des établissements et de leurs conseils, seule manière de les responsabiliser et de les aider à s'adapter aux besoins.

L'importance croissante de l'hospitalisation privée, où la T2A s'applique à 100%, justifierait le maintien de la convergence - honoraires des professionnels et MIGAC compris - à 50% en 2008 pour permettre une harmonisation vers le haut et une meilleure rémunération des personnels.

[...]

M. Jean-Luc Prél - Ce projet est insincère, les recettes étant volontairement surestimées et les dépenses sous-estimées. Il entérine la séparation, particulièrement regrettable, entre la médecine de ville et l'hôpital, ou bien encore entre les secteurs sanitaire et médicosocial. Il comporte de nouveaux remboursements et instaure une franchise de 18 euros qui contrevient au principe

fondamental de solidarité et conduira à une médecine à deux vitesses, que l'UDF ne souhaite pas cautionner !

M. Philippe Vitel - [...] L'ONDAM 2006 est tout à la fois rigoureux et réaliste, puisqu'il progresse à périmètre constant - compte tenu de la réduction du déficit prévue en 2006 - de 2,7%. Il serait bon qu'il prenne en compte les écarts de rémunération entre personnels du secteur hospitalier public et du secteur hospitalier privé. L'augmentation des recettes et la poursuite des réformes structurelles permettront, j'en suis sûr, d'aboutir à ce résultat.

S'agissant de l'ONDAM médico-social, le PLFSS s'adapte aux mutations démographiques en cours. Il est ainsi proposé d'augmenter de 13,4% les dépenses au bénéfice des personnes âgées dépendantes. Le rythme de création de places en institutions est doublé par rapport à ce qui était prévu dans le plan « vieillissement et solidarité » lancé en 2003. En deux ans, 20 000 places auront été ouvertes dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ainsi que 17 000 places dans les services de soins infirmiers à domicile.

Les dépenses en faveur des personnes handicapées augmentent de 5% si on considère la partie du PLFSS qui traite du handicap et d'un peu plus de 6% si l'on tient compte de la participation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cela permettra de créer des places en établissements médicosociaux et de financer le doublement des sommes servies par les départements au titre de l'allocation compensatrice pour tierce personne.

[...]

Alors que le monde hospitalier est engagé dans une réforme de grande ampleur, le Gouvernement souhaite accompagner les établissements dans leurs efforts d'adaptation. A cette fin, les moyens consacrés à l'hospitalisation progressent de 3,44%. Ils sont destinés à faire face à l'accroissement de la masse salariale et à la hausse du coût de la vie. Ils financeront également la relance de l'investissement prévue dans le plan hôpital 2007 et les plans de santé publique.

En définissant de nouvelles modalités de financement pour les établissements de santé avec la T2A, le Gouvernement a souhaité que les règles de tarification soient plus équitables et mieux harmonisées entre le secteur public et le secteur privé, dans la limite des écarts justifiés par les différences dans la nature des charges. Il vient de confier à l'IGAS une mission sur les conditions de cette convergence des tarifs. Dans l'attente des conclusions de cette mission, nous sommes nombreux à souhaiter que soit maintenu l'objectif intermédiaire de 50% en 2008 que nous avons voté l'an dernier.

Le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés est doté, via l'article 40, de 327 millions pour soutenir l'investissement des établissements et leur modernisation sociale.

Le Gouvernement a annoncé que les efforts d'amélioration de la gestion hospitalière seraient poursuivis, à travers la politique des achats et la gestion interne des établissements. Les économies attendues pour l'assurance maladie sont évaluées à 400 millions.

[...]

Mme Catherine Génisson - [...] Alors que les deux tiers des établissements publics connaissent d'importants déficits, vous fixez par ailleurs l'ONDAM à 3,44%. Rappelons que la Fédération hospitalière réclamait un minimum de 4,32% pour la simple reconduction des activités, sans même

prendre en compte les reports de charges, dont la valeur est estimée à 1,2 milliards d'euros. Et si l'ONDAM devait être décliné en sous-objectifs, vous ne faites nullement la différence entre les hôpitaux publics et privés. Il faut à l'inverse instaurer une véritable individualisation de l'analyse, s'agissant du coût et du fonctionnement de l'hôpital public, dont la place au sein de l'offre de soins doit être en outre redéfinie.

Concernant la T2A, nous prenons acte, Monsieur le ministre, de votre décision de surseoir à la convergence entre le public et le privé, et nous souhaiterions vous voir l'abandonner purement et simplement en raison des différences structurelles entre les deux secteurs : contrairement à ceux des cliniques, les coûts de l'hôpital public correspondent en effet à des tarifs tout compris, incluant les salaires des médecins, les examens biologiques et l'imagerie. Le secteur public accueille en outre les patients qui « coûtent » le plus : les plus âgés, les plus en difficulté, ceux dont les séjours seront les plus longs. On estime même que la précarité touche davantage ce public, à groupes de séjour homogènes : la différence serait de 33%.

Les hôpitaux, enfin, sont enfin chargés de missions d'intérêt général, comme la formation, la recherche, l'enseignement, la permanence des soins et les plans de sécurité. Se pose donc le problème de la prise en charge de ces spécificités, qui devraient être financées par le budget de la santé, et non par la sécurité sociale.

Tous ces exemples illustrent la discordance entre votre discours et les conséquences réelles de votre projet de loi : une fragilisation de plus en plus en grande de notre protection sociale, que vous conduisez vers la privatisation (Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe des députés communistes et républicains).

[...]

Mme Muguette Jacquaint - La situation des hôpitaux français n'a jamais été aussi préoccupante et il y a un goût amer à dresser un tel constat au moment où nous fêtons le soixantième anniversaire de la sécurité sociale, conquête humaine d'une immense ampleur pour des millions d'hommes et de femmes. Mais les faits sont là : l'hôpital public va très mal, comme l'atteste la dernière manifestation de milliers d'hospitaliers...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur - Ils n'étaient pas si nombreux.

Mme Muguette Jacquaint - Lisez Le Figaro-économie, La Tribune, Libération, Le Monde, La Croix, L'Humanité : tous se font l'écho des inquiétudes du monde hospitalier. Le délégué général de la Fédération hospitalière française déclare qu'une vraie poudrière est en formation, tandis que la Fédération elle-même souligne que 75% des établissements publics sont dans le rouge. Il faut savoir que les reports de charges des hôpitaux, de l'ordre de 500 millions en 2004, devraient atteindre le milliard fin 2005 !

De leur côté, les organisations syndicales ne sont pas moins inquiètes. Alors que, pour FO, le chaudron de l'hôpital est en train de bouillir, la CGT explique que certains directeurs devront emprunter pour payer les salaires.

Et le secteur privé participant au service public n'est pas davantage épargné, comme en témoigne la situation de l'hôpital Foch de Suresnes, dont Mme Fraysse pourrait vous parler.

Ce bilan est inacceptable pour un pays qui n'est rien moins que la cinquième puissance économique mondiale !

On en mesure les conséquences depuis plusieurs années, avec la suppression de lits et d'emplois, la fermeture ou l'engorgement de services, la difficulté à recruter, l'asphyxie de la recherche fondamentale et pour les patients, l'encombrement des urgences, la difficulté à obtenir des rendez-vous, l'obligation de faire face à des dépenses nouvelles...

[...]

M. Simon Renucci - [...] Enfin, l'organisation de la permanence des soins n'est pas satisfaisante. Votre projet n'apporte rien de nouveau. La désorganisation est flagrante. Elle a commencé avec les décrets du 15 septembre 2003 : l'exercice de la permanence des soins a été libéralisé, et le code de déontologie modifié pour accepter le volontariat des médecins libéraux. Il n'y a plus de « devoir », et parfois des réquisitions préfectorales sont nécessaires... C'est décourager les professionnels les plus conscients de l'importance de leur tâche. Les hôpitaux ont souffert de cette innovation. La liberté a trouvé là ses limites. Les patients n'ont pas d'autre solution que l'hôpital.

Mais celui-ci est exsangue. La majorité a constamment sous-estimé l'ONDAM hospitalier. Et désormais vous reculez par rapport à vos propres objectifs en matière de tarification à l'activité. La mise en œuvre de la T2A pose deux problèmes : l'hôpital n'est plus en mesure d'assurer ses missions de service public, et l'objectif de convergence tarifaire entre public et privé est inflationniste pour l'assurance maladie.

[...]

3E SEANCE DU JEUDI 27 OCTOBRE 2005

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006

Présidence de Mme Paulette GUINCHARD

(Extraits du compte rendu analytique officiel)

M. Jean-Luc Prével - Nous aurions besoin de temps pour aller au fond des problèmes posés par cet article 30.

Tout d'abord, la tarification à l'activité ou T2A. J'y suis favorable depuis l'origine car elle remplace le système de la dotation globale qui pénalisait tous les établissements dont l'activité était en augmentation. En revanche, je constate que sa mise en œuvre est problématique dans le secteur public : la part de financement reposant sur la T2A avait été fixée à 25% en 2005 et jamais les budgets des hôpitaux n'ont été aussi complexes et techniques - coexistence de la dotation globale et de la tarification à l'activité, multiplication des coefficients - et adoptés si tardivement - la plupart des établissements n'ont voté leur budget qu'en juin 2005. Il aurait été nécessaire de leur permettre de repartir sur des bases saines.

Monsieur le ministre, quel sera le niveau de T2A à atteindre dans les établissements publics en 2006 ?

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités - Cela relève du règlement !

M. Jean-Luc Prével - Se pose également la question de la définition et du niveau des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ou MIGAC - ressources qui ne sont pas liées à l'activité - dans la construction du budget des hôpitaux publics.

Autre difficulté, le risque inflationniste. M. Mattei, alors ministre de la santé, avait indiqué que les établissements bâtiraient leur budget en fonction de leur activité réelle. Beaucoup espéraient donc disposer d'un budget correspondant mieux à leur activité. Pour lutter contre ce risque inflationniste, on a soumis les hôpitaux à des contrats d'objectifs et de moyens, dont le respect donne lieu à des reversements et la violation à des pénalités financières.

Bref, cette réforme de la tarification a pour résultat un budget plus complexe, proche du système de « lettre-clé flottante » que nous dénonçons en son temps.

M. Jacques Domergue, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail - Non !

M. Jean-Luc Prével - S'agissant de la convergence entre privé et public, elle se révèle complexe. La part de financement de la T2A dans les établissements privés est de 100%, honoraires des praticiens exclus. De nombreuses cliniques traversent une période difficile en raison des restructurations et de mises aux normes nécessaires mais coûteuses. La rémunération des personnels est inférieure de 20 à 25% à celle pratiquée dans le secteur public. Rappelons que la convergence totale était fixée à 2012, avec une étape intermédiaire en 2008 où le taux de convergence devait atteindre 50%. Ce

projet de loi, en supprimant l'étape intermédiaire de 2008 rend impossible une convergence totale en 2012.

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales - Tout à fait !

M. Jean-Luc Prével - Monsieur le ministre, préparez-vous le report de cette échéance ?

M. Philippe Vitel - La mise en place de la T2A dans les établissements publics et privés constitue une mesure phare de la réforme de l'assurance maladie. Elle est un outil de modernisation de l'hospitalisation publique et donc, à terme, un moyen de prévenir sa disparition. Si les établissements privés ont fait preuve d'un grand sens des responsabilités en appliquant la T2A, son introduction dans le secteur public est plus longue et difficile. Mais, comme l'objectif initial de 100% de convergence en 2014 semblait trop éloigné, nous avons choisi l'an dernier d'avancer cette date butoir à 2012, avec une étape intermédiaire de 50% en 2008.

Où en sommes-nous aujourd'hui ? La Fédération de l'hospitalisation de France, présidée par M. Evin, vient de publier un document fort intéressant, intitulé « Hôpitaux publics et cliniques privées : une convergence tarifaire faussée », qui montre la difficulté du secteur public hospitalier à adhérer à cette mutation. Monsieur Evin, sans vouloir verser dans la polémique, il me semble que les exemples choisis dans cette brochure sont quelque peu arbitraires. La principale modalité de financement de la T2A est le forfait par séjour ou groupe homogène de séjour - GHS. Or, vous ne prenez que des exemples de GHS hétérogènes pour montrer que le secteur public prend en charge les actes les plus coûteux et les moins rentables.

En revanche, je partage votre point de vue sur la mauvaise évaluation des MIGAC, même si vous passez totalement sous silence les missions d'intérêt général remplies par le secteur privé. Une fois la T2A généralisée dans le secteur public, nous pourrions mieux identifier les MIGAC car la comparaison entre hôpitaux et cliniques reposera sur des critères objectifs. Par conséquent, il est indispensable de maintenir des objectifs clairs : 50% de convergence en 2008 et 100% en 2012. L'hôpital public doit vivre cette mutation comme un défi, non comme une contrainte. Il a tout à y gagner, et fera mieux qu'aujourd'hui la démonstration de ses excellentes performances. Je le répète : la T2A en garantit la sauvegarde !

Mme Jacqueline Fraysse - L'article 30 poursuit l'implacable mise en œuvre de la convergence entre public et privé, malgré les spécificités si différentes de ces deux entités que vous souhaitez rapprocher à tout prix.

La FHF explique parfaitement qu'il est incohérent de mettre tous les établissements de santé, commerciaux ou non, sur le même plan financier.

Les tarifs du privé et du public ne sont pas bâtis sur les mêmes critères : alors que le salaire des médecins est incorporé dans les tarifs de l'hôpital, les médecins libéraux des cliniques commerciales perçoivent des honoraires.

Dans le public, l'essentiel des coûts est dû à des prestations réalisées pendant les séjours. Dans le privé, au contraire, les examens d'imagerie sont souvent effectués dans des laboratoires indépendants des cliniques.

Les hôpitaux reçoivent près de 80% des hospitalisations, tandis que les cliniques privées ne prennent en charge que les pathologies produisant des actes, comme l'endoscopie ou la coronarographie.

En revanche, le secteur privé prend en charge 55% des hospitalisations chirurgicales complètes et 90% de la chirurgie ambulatoire. Une telle répartition, naturellement, n'est pas sans conséquences sur les tarifs ! La planification des interventions et la mise en place de protocoles facilitent l'optimisation de la prise en charge, ce qui explique les coûts parfois supérieurs du public pour les mêmes pathologies.

Mais les cliniques privées ne s'occupent le plus souvent que des pathologies les plus simples, laissant les plus lourdes - donc les plus coûteuses - à l'hôpital. Dans les GHS par exemple, le privé absorbe 74% des sinusites chroniques, contre 26% au public ; mais le public assume 67% des tumeurs ORL, contre 33% pour le privé. Quant aux interventions chirurgicales portant sur l'ORL, alors que 56% des pathologies dento-faciales sont assumées par le privé contre 44% par le public, celui-ci prend en charge 85% des stomatites. De tels exemples montrent bien le caractère inégalitaire de ce mode de rémunération.

En outre, n'oublions pas l'action sociale de l'hôpital, qui échappe à l'activité commerciale. Les profils différents des patients peuvent expliquer les différences de coût. Ainsi, le public prend davantage en charge les personnes très âgées - de plus de 85 ans - et, à l'autre bout de la vie, les grands prématurés, qui exigent des soins coûteux et de longue durée.

L'hôpital accueille tous les usagers, quelle que soit leur situation sociale. Cette obligation essentielle du service public a une incidence directe sur le coût en termes de durée de séjour, de polyopathologies et de créances irrécouvrables.

L'hôpital finance également des services sociaux - les assistantes sociales - sur son propre budget. Les établissements privés n'assurent presque jamais l'activité de garde sur place, contrairement au public où elle représente une vingtaine de gardes et astreintes pour les gros centres hospitaliers, et plusieurs dizaines dans les CHU. On prend les patients quand ils arrivent, 24 heures par jour et 365 jours par an. Le coût est cinq fois plus élevé que si on les accueille en période d'activité normale.

Le terme « urgences » dissimule bien des réalités : les services d'urgence les plus complets sont les SAU, assurés par 280 hôpitaux publics et 3 cliniques privées. Les autres services tels que les UPATOU ne permettent qu'une première prise en charge, qui débouche le plus souvent sur une réorientation vers les SAU publics. Si ces différents services sont complémentaires, ils ne sont pas pour autant comparables. Seuls ceux qui sont vraiment indispensables sont à la charge des hôpitaux.

Les hôpitaux participent à de nombreuses actions de santé publique, à l'accueil et à la formation des étudiants - les budgets relatifs aux missions d'intérêt général l'oublie souvent.

Toutes ces activités échappent au mode de calcul du budget des hôpitaux dans le cadre de la T2A. Le rapprochement que vous souhaitez ne les prend pas en compte.

Rapprocher, pourquoi pas ? Mais on ne peut pas aligner les missions de l'hôpital public sur le mode de financement et de rémunération des services privés.

Une telle convergence est irréaliste, car elle accentuera les difficultés financières du tissu public hospitalier. Nous demanderons donc la suppression de l'article 30.

M. Claude Evin - Je souhaite rappeler à M. Vitel que la responsabilité de la FHF que j'assume est sans aucune connotation politique, car son conseil d'administration est composé de membres de tous les groupes politiques et adopte ses positions à l'unanimité.

J'exprime donc ici la préoccupation de nombre d'hospitaliers - pas tous, bien sûr, mais au moins ceux de l'hôpital public, auquel nous sommes tous attachés.

Nous avons déjà plusieurs fois débattu du nouveau mode d'allocation de ressources.

Avant tout, je tiens à dire que nous n'avons pas de divergences sur le passage de la dotation globale à la tarification à l'activité. A preuve, la loi hospitalière de 1991 prévoyait déjà une expérimentation sur cinq ans de ce qu'on appelait alors la « tarification à la pathologie ». Mais cela n'ayant pas été fait, c'est le titre IV de la loi de 1999 portant création de la CMU qui posa les fondements de ce qui devait devenir la T2A.

C'est en revanche sur les modalités de mise en œuvre de cette mesure qu'il y a débat, même si je tiens pour ma part à être très nuancé, car je comprends parfaitement l'esprit qui animait les choix de Jean-François Mattei en 2002.

Les effets de l'application au 1er janvier 2004 de ce nouveau mode de ressources sans expérimentation commencent à se faire sentir. Certes, je comprends que plus de dix ans après les premiers textes de loi, devant l'absence de résultats, on se décide à agir ! Mais nous commençons à percevoir les effets pervers de cette mesure. Si nous ne les maîtrisons pas rapidement, l'offre de soins en sera peut-être affectée à l'avenir.

C'est tout l'enjeu du débat ! Le Gouvernement ne mesure pas précisément les effets pervers de cette mesure.

Des tarifs identiques s'appliqueront-ils un jour au public et au privé ? L'a priori est intellectuellement recevable : on sanctuarise les missions d'intérêt général dans les MIGAC pour finir, toute chose étant égale par ailleurs, par dire qu'à intervention égale, il doit y avoir coût égal dans le public et le privé.

Malheureusement, la réalité est différente ! On ne peut pas isoler dans les MIGAC l'ensemble des missions de l'hôpital public.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires culturelles pour les recettes et l'équilibre général - C'est cela qu'il faut analyser !

M. Claude Evin - Nous en sommes là aujourd'hui : une mécanique de marche forcée vers l'harmonisation des tarifs public-privé. A ce propos, qu'entendez-vous par un objectif de 50% en 2008 ? 50% de quoi, vu que personne ne sait quel sera le tarif final de 2012 ? M. Domergue saura peut-être me répondre.

Cela étant, n'est-il pas légitime que les tarifs varient en fonction des différences entre le public et le privé ? Ainsi, le statut de la fonction publique implique un coût plus élevé que les rémunérations relevant de la convention collective, il existe un repos de sécurité pour les médecins hospitaliers

que les libéraux n'ont pas et la structure de l'activité n'est pas la même pour un hôpital public - lequel doit produire en moyenne 117 GHS pour réaliser 80% de son activité - que pour la clinique privée qui n'a besoin pour le faire que de 56 GHS.

Nous devrions nous poser ces questions, mais c'est vrai que nous n'avons pas les données nécessaires - les travaux de méthodologie pour l'élaboration d'une échelle des coûts commune entre le public et le privé ne sont toujours pas achevés.

Si les missions de service public de l'hôpital ne sont plus financées demain, qui les assumera ? Si nous en arrivons à une unification des tarifs entre le public et le privé, comment imaginer baisser les tarifs de l'hôpital - que le privé prétend 40% plus élevés que les siens - sans toucher à l'emploi, alors que 70% des budgets hospitaliers couvrent des dépenses de personnel ? Et si l'on choisit d'augmenter les tarifs des cliniques, qui peut garantir que le déficit actuel de l'assurance maladie pourra le supporter ?

Je souhaiterais, Monsieur le ministre, que vous nous communiquiez le rapport de l'IGAS, selon lequel la mise en place de la T2A serait particulièrement inflationniste.

Si je pouvais vous convaincre de la perversité d'au moins un de ses effets, je n'aurais pas fait œuvre inutile ce soir.

M. Gérard Bapt - Très bien.

M. le Président de la commission (Pr Jean-Michel Dubernard) - Permettez-moi, suite aux propos de M. Vittel, de m'interroger sur l'évolution de la Fédération hospitalière de France : est-elle devenue un groupe de pression ? Un syndicat de l'administration hospitalière ? Une machine politique qui s'organise en vue des prochaines échéances ? Comment ne pas le penser quand un haut responsable de cette fédération, auditionné par la MECSS met en cause plusieurs ministres de la santé, dont M. Mattei, et ce dans des conditions inacceptables ? (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP)

Oublions cela, car le président de cette fédération, homme éminemment respectable, est au courant. J'ai du reste eu l'occasion de travailler avec lui lors de la préparation de sa réforme de 1991, dont il regrette qu'elle soit si peu appliquée.

Pourquoi n'est-on pas capable d'appliquer les réformes qui ont été votées ? Pourquoi les départements créés en 1991 n'ont-ils pas été mis en place ? C'est bien facile d'en rejeter la responsabilité sur l'individualisme des médecins, alors qu'une administration efficace aurait eu les moyens d'agir.

Pourquoi, en 1996, les centres de responsabilité n'ont-ils pas été institués ?

Pourquoi mon amendement Liberté, à la loi de 1991, n'a-t-il jamais abouti ?

Posons-nous ces questions !

Enfin, pourquoi l'hôpital public existe-t-il ? Pourquoi sommes-nous un certain nombre à avoir choisi d'y entrer ? Parce qu'il est en charge d'une mission formidable : soigner les malades (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP).

Je me souviens d'un ouvrage que j'ai écrit il y a une dizaine d'années, « L'Hôpital a oublié l'Homme ». Eh bien, la situation est encore pire aujourd'hui, et je n'en veux comme exemple que la campagne contre les incivilités déclenchée par la Fédération hospitalière de France. S'est-elle seulement demandé pourquoi ces incivilités existaient ? N'a-t-elle pas pensé que des gens inquiets, malades, face à une structure qui leur paraissait peut-être désorganisée, pouvaient se laisser aller à de telles extrémités ? Plutôt que de s'interroger, elle a préféré lancer cette campagne, ce qui a été très mal vécu par le personnel qui est au contact des patients. (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP)

M. Dominique Tian - Les cliniques privées ont fait un réel effort pour mettre en place la T2A, et l'on peut s'étonner que les hôpitaux publics, qui en avaient pourtant les moyens, n'y soient pas parvenus.

N'oublions pas, par ailleurs, que les cliniques ont réalisé des sacrifices tant humains que financiers pour se restructurer - un tiers d'entre elles ont disparu ou se sont regroupées.

La guerre public-privé est aujourd'hui révolue, et nous n'en sommes plus au temps où les cliniques ne soignaient que les riches et les hôpitaux les pauvres. Nos concitoyens n'en sont plus là, ils veulent simplement que la gestion soit plus transparente et que les normes s'imposent à tous - notamment les normes d'hygiène, pour lutter contre les maladies nosocomiales.

De toutes manières, la réglementation, la montée des plaintes et des exigences de nos concitoyens conduiront les directeurs d'hôpitaux comme les présidents d'assistances publiques à évoluer, notamment dans le sens d'une plus grande transparence.

Je ne sais pas si nous parviendrons un jour à la convergence, mais en tout état de cause, n'oublions pas que les cliniques privées ont déjà consenti des efforts colossaux et que leur demander de converger entre elles serait signer l'arrêt de mort d'une partie de cette profession. (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP)

M. le Ministre - Beaucoup d'orateurs se sont exprimés sur ce sujet et je voudrais vous expliquer dans quel esprit nous avons rédigé cet article. S'il n'est pas question de renoncer à l'objectif de convergence en 2012, il n'est pas utile de s'attacher à des symboles, comme l'échéance de 2008.

Je sais que les parlementaires et les élus locaux qui siègent dans les conseils d'administration de beaucoup d'hôpitaux veulent aujourd'hui y voir clair. Je l'assume : on ne peut pas dire que 2005 ait été marquée du sceau de la lisibilité...

[...]

M. le Ministre - ...mais je me suis engagé à ce que cela change, notamment en ce qui concerne les différentes campagnes budgétaires. Cela m'a d'ailleurs permis de tordre le cou à l'idée selon laquelle les trois quarts des établissements seraient dans le rouge, alors qu'un ONDAM de plus de 3% représente deux milliards de plus pour les hôpitaux. Nous devons donc continuer à moderniser l'hôpital public, les cliniques privées mais aussi les PSPH.

[...]

M. le Ministre - Je salue M. Mattei, qui a porté cette réforme indispensable. La représentation nationale et le Gouvernement sont aux côtés des professionnels dans cette œuvre de modernisation,

mais il ne s'agit pas d'ajouter des réformes aux réformes : il s'agit maintenant de les faire vivre. A l'issue du PLFSS, je vous présenterai de nouvelles orientations pour aller au-delà du plan « Hôpital 2007 », et sur le plan de la gouvernance, et sur la complémentarité entre établissements.

Je n'ai guère rencontré d'opposition à la T2A, car tout le monde souhaite plus de transparence. Au-delà de son taux, qui sera communiqué à la fin de l'année - je ne fais aucun mystère, Monsieur Prével, mais je dois y voir clair - c'est le contenu qui importe. Au lieu d'une convergence précipitée, je préfère une convergence réussie : nous avons besoin de connaître les missions d'intérêt général de l'hôpital et les moyens financiers qui leur seront dévolus. Compte tenu des efforts de modernisation et des impératifs de bonne gestion de l'assurance maladie, il n'est pas possible d'augmenter les MIGAC et d'augmenter en même temps fortement le taux de T2A car celle-ci est au départ inflationniste.

Je ne vous propose pas de renoncer à la convergence mais je vous propose d'y voir clair. Je recevrai un rapport de l'IGAS que je vous communiquerai à la fin de l'année afin que, dès le début de 2006, nous puissions mettre en place une mission sur les coûts à la charge des hôpitaux et des cliniques. Je comprends que cet article déchaîne des passions, mais il faut aussi savoir nous rassembler pour moderniser notre système de soins. (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP)

M. Claude Evin - Très bien !

[...]

M. Jacques Domergue, rapporteur - Avis défavorable. Nous ne devons plus raisonner en terme d'opposition entre les secteurs public et privé, mais au contraire en terme de complémentarité, car l'offre de soins est globale. A travers la T2A, le financement des établissements privés, naguère fondé sur le prix de journée, et celui des établissements publics, fondé sur le budget global, se rapprochent. Monsieur Evin, vous avez affirmé que la T2A aurait des effets pervers parce qu'elle est inflationniste.

M. Claude Evin - C'est aussi ce qu'a dit M. le ministre.

M. Jacques Domergue, rapporteur - Mais il en a été de même lorsque l'on a proposé de financer les établissements sur la base du PMSI. Nous avons besoin d'inciter à une meilleure efficacité. Cette notion fait parfois peur dans les établissements publics, comme si elle ne devait pas s'y appliquer. M. le ministre l'a dit : il faut évaluer les MIGAC. C'est la clé de tout. Si on ne le fait pas, il ne sera pas possible de comparer les tarifs entre hôpitaux publics et privés alors qu'il est indispensable de faire en sorte que l'assurance maladie puisse financer au plus juste prix. La Fédération hospitalière de France est d'accord pour considérer que dans certains hôpitaux, des activités, comme par exemple la chirurgie, pourraient être interrompues : il n'est aucunement question de fermer des hôpitaux mais de dégager de marges de manœuvre, d'obtenir des lits supplémentaires pour les soins de suite ou pour les personnes âgées.

Il est donc indispensable de prôner la convergence et de faciliter la montée en charge de la T2A dans tous les hôpitaux publics. Au demeurant, certains confondent parfois ces deux notions. Je crois que si nous supprimons cet objectif de 50% en 2008, nous compromettrons celui de 100% en 2012. Il faut au contraire continuer dans cette voie, encourager les hôpitaux à être inventifs, à rompre avec certains blocages comme celui du statut des praticiens hospitaliers, et je prône, dans le cadre d'un rapprochement et d'une complémentarité des établissements, la conjugaison, dans les

deux types d'établissements, d'une rémunération forfaitaire, sur la base salariale et d'une rémunération incitative, proportionnelle à l'activité.

M. le Ministre - Avis défavorable.

[...]

M. Yves Bur, rapporteur pour avis - L'amendement 51 maintient la disposition selon laquelle l'objectif de convergence des tarifs devra être atteint à 50% en 2008. Nous voulons démontrer que la réforme de l'hôpital public n'est pas seulement nécessaire ; elle est aussi une chance puisqu'elle permettra aux hôpitaux de s'adapter aux nouvelles exigences de qualité et de sécurité et d'utiliser au mieux les moyens considérables mobilisés au sein de l'ONDAM, 2,5 milliards d'euros supplémentaires ayant été versés au titre de l'année 2005. Personne ne peut dire que l'hôpital est étranglé !

La tarification à l'activité est l'un des outils de la modernisation. Pour les directeurs de CHU, la poursuite de la mise en place de la T2A doit se faire à plusieurs conditions : tarifs stables en 2006-2007 ; liste des dispositifs ou des médicaments coûteux stable ; MIGAC mieux évaluées et chiffrées. Nous devons faire en sorte que les hôpitaux s'inscrivent dans une autre démarche et que les meilleurs soient récompensés. Cela ne signifie pas pour autant qu'il ne faille pas accompagner les hôpitaux en difficulté, c'est d'ailleurs le rôle des ARH, à travers des contrats clairs de modernisation et de restructuration. Qui peut accepter l'idée que les prix entre CHR et CHU soient aussi disparates ? Un séjour en service de médecine chirurgie obstétrique est évalué au CHR de Metz à 1 150 euros et à 3 126 euros au CHU de Clermont-Ferrand ! Il y a trois ans, la mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital a produit des recommandations qui méritent d'être prises en compte : le diagnostic, comme les remèdes, étaient bons.

Si nous abandonnons cette étape intermédiaire, nous donnerons le premier signal du renoncement et jamais nous n'atteindrons les objectifs que nous nous sommes fixés en 2012. J'ai été de ceux qui, en 1996, ont mis en place le principe de la réforme de la tarification des établissements médicosociaux. Nous nous interrogeons alors pour savoir si la mise en œuvre devait se faire au début ou à la fin de l'année 1999. Dix ans plus tard, nous n'avons toujours pas achevé cette réforme, pourtant moins ambitieuse que celle de l'hôpital ! Avec l'aide des outils que sont les SROS de troisième génération, nous voulons inscrire l'hôpital dans une dynamique de modernisation et le mettre réellement au service des malades. (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP)

[...]

M. Jean-Pierre Door, rapporteur - Supprimer l'échéance de 2008 revient à remettre en cause la T2A, que tous appelaient de leurs vœux. Revenir en arrière, alors que nous avons voté il y a un an une tendance à la convergence à 50% en 2008, c'est danser le tango et revenir à une certaine forme d'archaïsme. Il faut, je le crois, se fixer un cap et le tenir. Pour avoir moi-même longtemps exercé à l'hôpital public, j'en connais bien les atouts et les défauts. Chacun sait ce qu'il faudrait faire pour le moderniser. Le problème est que les réformes sont sans cesse reportées. Dans l'un de ses rapports, le Haut conseil de l'assurance maladie - où siègent des parlementaires de tous bords -, déplore l'extrême lenteur du redéploiement des moyens et souligne la nécessité d'une organisation plus efficace, qui supposerait des décloisonnements. Qu'est-ce à dire, sinon qu'il faut arrêter d'opposer public et privé, mais au contraire organiser leur complémentarité pour replacer le malade au centre du système de soins ? Il faut réfléchir à la meilleure façon de mettre en place la tarification à l'activité et évaluer le plus finement possible les MIGAC, du public comme du privé - car celui-ci

en a également. L'échéance fixée de 2008 ne doit pas faire peur. Pourquoi revenir en arrière ? Il faut adopter les amendements de la commission et de M. Vitel.

M. le Ministre - Pour toutes les raisons que j'ai exposées tout à l'heure, la sagesse serait de s'en tenir au texte du Gouvernement.

[...]

M. le Ministre - Ce qui compte pour moi avant tout, c'est de réussir dans les faits la convergence. C'est pourquoi, tout en comprenant ce qui les a motivés, je suis défavorable à ces amendements, qui n'auraient que valeur de symbole. (Exclamations sur les bancs du groupe UMP)

M. Claude Evin - Je ne voudrais pas ici polémiquer avec le président Dubernard. Les hospitaliers apprécieront ses propos ! Puisqu'il reproche à la Fédération hospitalière de France de n'avoir pas toujours accompagné les réformes, dois-je lui rappeler que cette organisation a longtemps été présidée par des parlementaires du même bord politique que lui ? La FHF, où siègent des élus de toutes tendances et un grand nombre de professionnels, représente l'hôpital public dans toute sa diversité. Toute polémique sur sa représentativité est donc sans fondement.

L'hôpital public est intimement convaincu de la nécessité de se moderniser, de remplir le plus efficacement possible ses missions de service public tout en respectant les contraintes financières de l'assurance maladie. De grâce donc, pas de caricatures ! Avec ce débat sur la convergence et la tarification à l'activité, ne rallumons pas la guerre entre public et privé.

Une seule remarque, Monsieur le ministre : la progression de 3,44% de l'ONDAM hospitalier ne concerne pas le seul hôpital public puisque les enveloppes sont fongibles et que leur répartition entre public et privé n'est pas encore connue. Enterrons la hache de guerre, car sur le terrain, l'important est d'organiser la complémentarité des deux secteurs. Il n'en reste pas moins qu'il faudra bien financer les missions de service public - quels que soient d'ailleurs les établissements, publics ou privés, qui les exercent.

On nous dit que dans le privé, la tarification à l'activité est partout la règle. Mais les honoraires des médecins libéraux exerçant en clinique sont exclus des enveloppes. Et la CNAM n'est pas capable de nous en communiquer le montant, ne disposant que d'un chiffre global qui englobe également les honoraires des médecins de ville.

Dépassons les clivages idéologiques. A cet égard, j'apprécie la position du ministre, qui s'appuie sur la réflexion menée par différentes commissions où travaillent ensemble représentants de l'hospitalisation privée et de l'hospitalisation publique. Vouloir accélérer par trop la convergence nuirait à l'exercice des missions de service public et ne serait pas neutre non plus s'agissant du risque inflationniste pointé par le ministre.

M. Paul-Henri Cugnenc - Je salue le sens de la nuance de M. Evin qui traduit parfaitement la position de la Fédération hospitalière de France, instance où siègent des élus et des professionnels de toutes tendances.

Nous souhaitons tous une complémentarité entre public et privé, mais nous ne pouvons accepter que le secteur privé soit caricaturé comme il l'a été en étant qualifié de « secteur commercial ». Non, il n'y a pas d'un côté les grippe-sous, avides de profits, du privé, et les seigneurs, désintéressés, du public. Il est inadmissible de qualifier ainsi le secteur privé... Alors que certains

d'entre nous n'auraient pas voté ces amendements, ils le feront en réponse à cette agression intolérable. (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP)

[...]

M. Gérard Bapt - ...je souhaiterais ajouter quelques mots. Pour avoir siégé au conseil d'administration du CHU de Toulouse, j'ai vu les efforts faits par les administrations successives pour regrouper les services, mettre en place les pôles... et mesuré combien la tâche était difficile. Il faut faire preuve d'une grande patience, ménager les susceptibilités, respecter les territoires des uns et des autres, parfois attendre le départ en retraite d'un chef de service avant de pouvoir opérer un regroupement. Aussi, avant de désigner du doigt tel ou tel ou d'opposer « réformateurs » et « conservateurs », comme s'il s'agissait de deux camps adverses, faudrait-il faire preuve de plus de mesure et de sérénité. Il ne s'agit pas d'une guerre entre public et privé - pour ma part, n'ayant pas eu la possibilité de devenir praticien universitaire, j'ai travaillé successivement dans les deux secteurs et c'est une grande richesse. Je suis ainsi très heureux d'avoir appris hier, par une dépêche AFP, que le cours des actions de la Générale de santé avait gagné 8,4% en deux séances et que la direction du groupe attendait une progression encore plus forte, qui devrait « mécaniquement faire suite à la mise en place de la nouvelle tarification ». Simplement, alors que la situation du privé est florissante, il est normal, dans un souci de complémentarité, de tenir compte des inquiétudes du secteur public. (Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste et du groupe des députés communistes et républicains)

M. Laurent Wauquiez - Je vous prie d'excuser le caractère modeste de mon intervention, connaissant moins bien le sujet que les orateurs précédents. Une observation tirée de mon expérience de terrain : il faut dépasser le clivage entre hôpitaux public et privé, car nombre d'hôpitaux public attendent avec impatience la mise en place de la tarification à l'activité dans la mesure où elle viendra récompenser leurs efforts de modernisation. Personnellement, je voterai cet amendement car il donne un outil de modernisation supplémentaire aux hôpitaux publics qui vont de l'avant. (Applaudissements sur les bancs du groupe UMP)

[...]

SENAT

SÉANCE DU JEUDI 17 NOVEMBRE 2005

Financement de la sécurité sociale pour 2006

(Suite)

Assurance maladie

(Débat)

(Suite)

Article additionnel

[...]

M. FISCHER. – Le plan « Hôpital 2007 » vise à plonger les établissements de santé de la sphère du sanitaire stricto sensu dans la sphère de l'économie et de l'entreprise. Ne répondant pas à un impératif sanitaire ni à la situation réelle des établissements publics de santé étranglés financièrement, ce glissement s'enracine dans une vision idéologique et comptable de l'offre publique de soins en décalage avec la réalité sanitaire du terrain. C'est lourd de conséquences pour les malades et pour les professionnels de santé. Danger de sélection des malades et danger de concurrence, intra et interpôles hospitaliers, très nocive à la qualité des soins.

Les pays anglo-saxons, qui avaient été les premiers à adopter ce système de convergence et de tarification à l'acte reviennent à présent en arrière, au vu des conséquences désastreuses sur leur système de santé. Quant aux enquêtes et analyses, elles sont de plus en plus nombreuses à demander, au minimum, la suspension du plan. Dans le rapport de la Cour des comptes de septembre dernier, on peut lire : « Pour les cliniques privées, le système mis en place en 1992 reposait sur une régulation a posteriori des tarifs (avec, en principe, une baisse mécanique des tarifs en cas de dépassement de l'objectif de volume). [...] Ce système a dérivé ces dernières années car les ajustements tarifaires n'ont pas eu lieu.

[...] Le principe de la tarification à l'activité vient d'être étendu aux hôpitaux publics en lieu et place des enveloppes limitatives. Si la technique de l'ajustement prix-volume n'est pas améliorée, les objectifs votés par le Parlement seront inévitablement dépassés ».

Nous attendons le rapport des deux inspections I.G.A.S. et I.G.F. sur l'application de la T.2A. Mais, ce que l'on connaît déjà confirme la nécessité de suspendre ce plan Hôpital 2007.

Je vous rappelle que la mise en place effective de ce plan porte atteinte au service public de santé et à la couverture sanitaire du territoire.

M. VASSELLE, rapporteur. – M. Fischer propose la suspension du plan Hôpitaux 2007 ! Ce serait une erreur magistrale. La commission m'a missionné pour rendre compte de son application, ce que je ferai au premier trimestre 2006. Il est trop tôt pour le faire maintenant, nous n'avons pas encore suffisamment de recul.

M. AUTAIN. – Il faut suspendre ou infléchir le plan Hôpital 2007 avant qu'il ait fait trop de dégâts. Je m'oppose à une philosophie qui transforme l'hôpital en unité de production et d'industrialisation de soins, où la rentabilité à tout prix est de règle et qui l'amène, par conséquent, à violer l'éthique médicale.

J'aurais préféré que cette gestion opérationnelle économique, ou « nouvelle gouvernance, fasse l'objet d'un débat parlementaire plutôt que d'être mise en œuvre par ordonnances. Cette

gouvernance supprime le service hospitalier affecté à une spécialité exercée par une équipe médicale homogène assurant une cohérence médicale et thérapeutique, et lui substitue un pôle qui agrège des activités en dehors de toute logique médicale: la maternité, la chirurgie orthopédique, la néphrologie, la chirurgie endocrinienne, la chirurgie gynécologique et l'urologie, par exemple. Le seul point commun de toutes ces spécialités à l'intérieur du pôle est la salle d'opération !

L'autre volet de la tarification à l'activité (T.2A.) consacre la transformation de l'hôpital en une entreprise qui doit être rentable, même au prix de licenciements ou du dépôt de bilan de certains pôles ou hôpitaux. Dans ces conditions, l'archaïque service hospitalier, centré sur la mise en œuvre de soins de qualité autour d'une équipe médicale homogène, est disqualifié et sacrifié. Où sont passées la notion de service public, la prise en charge globale du malade dans sa diversité, la recherche de la qualité des soins ?

Les groupes homogènes de séjour sont des constructions purement artificielles : chaque malade est unique et la réalité dépasse de loin les 500 cas de figures prévus. Il existe une trentaine de spécialités, et chacune d'elles comporte 50 à 100 pathologies différentes : il faudrait définir au moins 2 000 catégories. Ces groupes homogènes sont donc profondément... hétérogènes, surtout si des pathologies associées coexistent. À vouloir simplifier ce qui est complexe, faire rentrer coûte que coûte le multiple dans l'unique, on aboutit à des situations absurdes. M. Fischer a rappelé que les États-Unis ont abandonné ce système. Là bas, le contrôle de l'utilité des dépenses est maintenant fondé sur des visites sur site visant à juger de la qualité des soins et non de la pertinence des dépenses engagées.

L'une des conclusions les plus claires est que la direction des hôpitaux doit être confiée aux professionnels médecins et infirmières et non à des administratifs. Le programme de médicalisation du système d'information (P.M.S.I.) à des prix prohibitifs a sans doute permis une certaine évaluation médico-économique, pas toujours fiable, des activités...

Article 30

[...]

M. AUTAIN. – La convergence fait partie inhérente de la réforme de la tarification, elle en est même le fondement. On ne peut pas être à la fois pour la réforme de la tarification et contre la convergence, c'est pourquoi nous n'avons pas voté cette réforme lorsqu'elle nous a été proposée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Et le renoncement du gouvernement à imposer l'étape intermédiaire prévue pour 2008 est un aveu d'échec.

Il y a une différence de nature entre le secteur public et le secteur commercial privé qu'un changement de tarification ne parviendra pas à réduire. Le secteur public prend en charge les actes les plus coûteux, les pathologies les plus lourdes, les missions d'intérêt général – la précarité, notamment, avec toutes les charges induites dont 85 millions d'impayés en Ile-de-France, et des contraintes de qualification et de sécurité supérieures.

Les tarifs ne recouvrent pas les mêmes charges. À l'hôpital, c'est du tout compris, alors que la tarification des cliniques, pourtant considérée comme identique, ne comprend ni les honoraires des médecins, ni les actes d'imagerie ou de laboratoire.

Le mode de financement à l'acte est inflationniste, puisqu'il faut accomplir toujours plus d'actes techniques pour rembourser le matériel acheté et en retirer des bénéfices.

La comparaison entre secteur public et secteur commercial est donc illusoire car ces systèmes procèdent de logiques de fonctionnement et de financement tout à fait différentes.

La logique financière du secteur peu lucratif, comme le Code de la santé, aboutit à une sélection des actes.

Le jour où le secteur devient moins porteur, il est abandonné : la maternité est délaissée au profit de la cardiologie interventionnelle et la cancérologie.

Sans contrôle de la qualité des indications, toute comparaison entre secteurs est pure hypocrisie et l'on comprend que l'on ait pu mettre en œuvre un mode de tarification qui reposait sur la convergence de pratiques inconciliables hétérogènes.

Ajoutons à cela les consultations que le système de T.2A. ignore. Elles ne sont pourtant pas rares. Rien qu'à l'A.P.-H.P., il y en a 500 000 par an, ce qui représente 1,5 million d'heures qui ne sont pas prises en compte, sauf lorsqu'elles sont faites dans le cadre de l'activité libérale hospitalière dont certains médecins abusent.

Le développement de ce secteur à l'hôpital depuis une quinzaine d'années pose certains problèmes et il pourrait, s'il continue à s'étendre, perturber profondément le fonctionnement de l'hôpital public.

M. LE PRÉSIDENT. – *Amendement n° 72, présenté par M. Jégou au nom de la commission des Finances.* Rétablir le 3°) du I de cet article dans la rédaction suivante :

La dernière phrase du VII est complétée par les mots : « et à 75 % en 2010 »

M. JÉGOU, rapporteur pour avis. – Cet amendement vise à poursuivre la démarche engagée lors de la lecture de cet article à l'Assemblée nationale.

Nous ajoutons un palier intermédiaire dans la convergence des tarifs entre secteur public et privé. La T.L.A. est une excellente réforme mise en œuvre cette année dans les cliniques privées.

J'ai bien senti les résistances de l'hôpital public dont l'outillage informatique est encore trop limité. Nos collègues de l'opposition réclament la suppression du plan Hôpital 2007 mais il y a encore beaucoup de crédits disponibles.

On pourrait y recourir pour accélérer l'informatisation des hôpitaux. Force est de constater qu'on est toujours plus tenté de refaire les peintures que d'acheter des ordinateurs.

La commission des Finances poursuit dans sa logique dès lors qu'il lui semble utile d'aller plus vite dans la maîtrise des dépenses. Alors que la T.2A. ne sera pas mise en œuvre avant 2012, certains souhaitent déjà faire une pause...

Je souhaiterais revenir sur les MIGAC, dont on a beaucoup parlé à l'Assemblée nationale. Ces missions d'intérêt général, qui recouvrent l'enseignement et la recherche, constituent pour la sécurité sociale des dépenses indues qui devraient être prises en charge par le budget de l'État : il s'agit de missions régaliennes : l'enseignement et la recherche n'ont pas à être remboursés par la sécurité sociale. Le ministre doit en convenir en son for intérieur.

La réforme doit permettre d'alléger le fardeau de la sécurité sociale et de ne pas lui faire payer des charges indues.

M. JÉGOU, rapporteur pour avis. – Les établissements privés, à qui l'on fixe un cadre plus contraignant, ont adopté dès cette année la T.2A. et l'on propose d'attendre 2012 pour les hôpitaux publics !

Avant que les assurés sociaux nous demandent des comptes, il faut prendre le taureau par les cornes : l'hôpital public doit se faire à l'idée d'améliorer ses coûts par rapport au privé.

[...]

M. CAZEAU. – On ne saurait admettre que l'objectif de convergence des tarifs public-privé puisse être atteint à 50 % en 2008. Il s'agit d'une disposition injuste et, de plus, inflationniste.

Cet amendement vise également à garantir que la convergence entre les tarifs des établissements du secteur public et ceux du secteur privé sera mise en œuvre de manière objective et en toute transparence.

[...]

M. FISCHER. – Je participe aux travaux de la C.N.A.M. Je sens les choses : c'est une question d'expérience...

Nous ne pouvons accepter que les tarifs des hôpitaux publics et privés soient alignés, alors que les cliniques externalisent une très grande part des analyses et de l'imagerie.

Les secteurs public et privé ne soignent ni les mêmes pathologies, ni les mêmes malades. M. Jégou a rappelé le coût de la formation assumée par les hôpitaux publics.

Nous comprenons que le rapporteur fasse son travail, mais cet article va favoriser la concentration des établissements et l'essor du secteur privé commercial.

La Générale de santé, leader de l'hospitalisation privée en Europe, a été introduite en bourse. Alors que les indices CAC40 et SBF120 ont terminé l'année en hausse, respectivement, de 7,4 et 7,8 %, son titre a gagné 47,5 %. La santé est rentable...

M. AUTAIN. – Ce système est une aberration. Le professeur Grimaldi, chef de service à l'hôpital de la Salpêtrière, me l'a confirmé. Cela intéressera Mme Hermange, fervente défenseur de l'A.P.-H.P. « Aujourd'hui, m'a-t-il dit, les hôpitaux calculent comment ils vont couler l'assurance maladie. La directrice de l'hôpital veut augmenter de 7 % l'activité, non pour soigner davantage ceux qui en ont besoin, mais pour réaliser un meilleur chiffre d'affaires. Il faut optimiser le codage. Je m'y suis mis. Des consultations ont été transformées en hospitalisations de jour à des prix quintuples ou décuples... et j'ai été félicité par la directrice, sans que rien ne change pour les malades. Bientôt la publicité, et les étoiles, comme pour les hôtels, avec cette marchandisation de l'hôpital ». (M. Fischer applaudit.)

Mme HERMANGE. – Je ne peux laisser dire que l'A.P.- H.P. poursuit un objectif commercial.

Si l'on en est là aujourd'hui, c'est qu'un mauvais système de tarification a été appliqué – pendant une dizaine d'années et que les gouvernements ont refusé de le modifier. Le nouveau système de tarification donnera peut-être un nouvel élan à l'hôpital.

Dans les petits C.H.U., à Rouen par exemple, l'explosion d'une norme n'a pas de conséquences trop visibles. Il en va autrement dans de très grands hôpitaux.

Je regrette que des initiatives n'aient pas été prises plus tôt, car le point I.S.A. et le budget global combinés suscitent bien des dysfonctionnements. (Mme Garriaud-Maylam applaudit.)

L'amendement n° 180 n'est pas adopté.

M. JÉGOU, rapporteur pour avis. – L'amendement de la commission des Finances a été approuvé par celle des Affaires sociales. Chacun doit participer à l'effort pour réduire les déficits. Je maintiens cet amendement d'appel afin que nous ayons l'occasion d'en rediscuter en C.M.P. Les MIGAC sont des insectes malfaisants. (Sourires.) Personne n'y comprend plus rien.

L'hôpital public a beaucoup de mérites. Or il risque d'être montré du doigt, à cause de disparités incompréhensibles. Il faut faire savoir que les prix sont exorbitants parce qu'ils financent aussi des missions régaliennes qui devraient être financées par le budget général, non par la sécurité sociale. (M. Fischer approuve.) Monsieur Fischer n'ayez pas une sincérité à géométrie variable ! Nous avons les meilleurs hôpitaux du monde, notamment l'A.P.- H.P.

M. AUTAIN. – Pas sûr que cela durera...

M. JÉGOU, *rapporteur pour avis*. –... mais l'enseignement et la recherche sont des fonctions régaliennes.

[...]

M. CAZEAU. – Le rapporteur part en guerre contre l'hôpital public. Il a déposé plusieurs amendements visant à accélérer la convergence. M. le ministre sera-t-il d'accord avec les propos suivants : « À une convergence précipitée, je préfère une convergence réussie. Même si la convergence doit être au rendez-vous en 2012, Nous avons besoin de connaître les missions d'intérêt général de l'hôpital et les moyens financiers qui leur seront dévolus. Je n'ai pas la conviction que nous disposions des sommes prévues pour les MIGAC. Mais ne nous y trompons pas, les efforts de modernisation et les impératifs de bonne gestion de l'assurance maladie ne nous permettent pas d'augmenter les MIGAC et d'augmenter en même temps fortement le taux des T.2A. car si la T.2A. est une excellente chose, elle n'en est pas moins inflationniste. Je ne vous propose ni de faire une pause ni de renoncer à la convergence, mais d'y voir plus clair ». Je viens de citer les propos de M. Xavier Bertrand à l'Assemblée nationale, qui ajoutait qu'il allait recevoir un rapport de l'I.G.A.S.

M. VASSELLE, *rapporteur*. – Nous ne l'avons pas.

M. CAZEAU. – Alors pourquoi vouloir brusquer les choses ? L'attitude de M. Jégou est plus réaliste et plus prudente. Vous allez à l'encontre des intérêts de l'hôpital public et vous obtiendrez le contraire de ce que vous préconisez : vous n'arriverez à la convergence qu'en augmentant les coûts. C'est ce que disait M. Xavier Bertrand, et il avait raison.

M. VASSELLE, *rapporteur*. – Nous n'avons pas la même analyse.
L'amendement n° 21 est adopté.