



Note de commentaires sur les amendements au PLFSS 2008 du Sénat

Amendement Article 26

Cet amendement vise à permettre la mise sous entente préalable des établissements de santé qui auraient des taux de séjours en chirurgie ambulatoire significativement inférieurs à ceux pratiqués par les établissements de la même région.

Comme **aucune étude rigoureuse n'a été réalisée à ce jour sur le profil social des patients** pris en charge dans les différents types de structures (personnes isolées, distance entre le lieu d'habitation et le site opératoire, situation précaire, pathologies associées...) et **la situation particulière des établissements ne disposant pas d'un potentiel suffisant de chirurgie ambulatoire**, et même si les hospitaliers sont convaincus de la nécessité de développer l'activité ambulatoire, **l'amendement proposé peut conduire à des appréciations arbitraires et entraver le fonctionnement des services de chirurgie publique.**

Amendements de l'Article 42 (sur tarif pour les PSPH)

La compensation des charges spécifiques des établissements PSPH, qui va aboutir à faire **diverger** les tarifs, semble pour le moins paradoxale puisque les amendements proposés visent en principe à les faire **converger**, et l'asymétrie de situations entre la baisse des tarifs des établissements publics et la hausse des tarifs des établissements privés PSPH paraît pour le moins choquante.

Si le Législateur souhaite compenser les écarts de charges entre les différentes catégories d'établissements, il doit le faire de manière équitable, en tenant compte des seize différences mises en avant par le rapport de l'IGAS sur cette question, et non en sélectionnant uniquement celle qui s'effectuerait au détriment de l'hôpital public.

A titre d'exemple, l'hôpital serait fondé à demander un sur-tarif pour les effets de son activité non programmée (84,28% des passages aux urgences sont réalisés par les EPS, 5,13% par les PSPH) dont les surcoûts sont très importants.

NOTE

Amendements de l'Article 42 (Baisse de 3% par an des tarifs des hôpitaux).

Dans l'exposé des motifs il est exprimé un écart tarifaire entre les secteurs pouvant aller jusqu'à 300% ! Le rapport de la mission IGAS de janvier 2006 avait estimé l'écart moyen exprimé en pourcentage de la somme des tarifs publics (tarifs publics-tarifs privés/tarifs publics) de 48%, ou 41% en pondérant par le chiffre d'affaire.

Ces éléments n'intègrent pas les charges de l'assurance maladie pour le financement des charges sociales des médecins de secteur 1, ni bien sûr la participation demandée au patient pour le secteur 2, sans évoquer les listes de dispositifs médicaux payées en sus des tarifs dans le secteur commercial.

Ils ne tiennent pas compte non plus de la situation financière très difficile dans laquelle sont plongés la majorité des établissements.

L'amendement, s'il était adopté, dégraderait la situation financière des établissements d'une manière inacceptable, en multipliant les problèmes budgétaires et les suppressions d'emplois, et en empêchant toute réforme de structure.

Amendements de l'Article 42 (Convergence vers 0,9).

Cet objectif de convergence est incompatible avec la survie des hôpitaux, dans ce modèle il n'y a plus que des régions largement sur-dotées* et les résultats seraient identiques au cas précédent. En effet l'alignement se fait une valeur médiane par définition à 1, la fluctuation autour de cette valeur pour les régions est d'environ + ou - 0,04, en conséquence un passage de cette valeur de 1 à 0,9 ne permettrait l'équilibre que d'un tout petit nombre d'établissements qui ont un coefficient de transition inférieur à la région la plus sous-dotée*.

* Définition simplifiée :

Un établissement sur-doté est un établissement qui a une part forfaitaire supérieure à sa part activité.

Amendement de l'article 43 (prise en charge des transports par les hôpitaux)

Avant de généraliser les expérimentations conduites, il est nécessaire de rappeler à ce sujet la nécessité de **procéder à des transferts effectifs d'enveloppes** de la médecine de ville vers l'hospitalisation, car un certain nombre de transports prescrits par la ville et non formalisés sont « régularisés » aux urgences et deviennent des prescriptions hospitalières.