

DÉPÊCHE DU 24/01/2018

La T2A "ne doit pas servir de méthode de pilotage de politiques publiques qu'on n'arrive pas à assumer" (Olivier Véran)

Mots-clés : #établissements de santé #hôpital #finances #coopérations #ressources humaines #Parlement #investissement

PARIS, 24 janvier 2018 (APMnews) - Olivier Véran, député LREM, a déploré mercredi que les effets de la tarification à l'activité (T2A) soient parfois mis en avant pour justifier la fermeture de services qui auraient pu être fermés plus tôt s'ils "ne font peut-être plus sens en termes de besoins de santé".

Olivier Véran a indiqué que, dans le cadre de sa mission sur le financement des établissements de santé, dont la version finale du rapport a été rendue en avril 2017 (cf [dépêche du 04/04/2017 à 17:59](#)), il avait "proposé une dotation socle pour les unités de réanimation" afin de "couvrir les coûts fixes atteignant les 85% et laissant financer le reste "à l'activité".

"Quand vous êtes un hôpital, l'unité de réanimation est payée à la T2A. Si votre unité de réanimation est occupée pour moitié, le personnel présent est quant à lui là pour un service plein. Il y a donc une dissociation entre la valorisation théorique et réelle du service", a relevé Olivier Véran à l'occasion d'un café Nile ayant pour thème "Hôpital et territoires : évolution ou révolution".

Mais suite à sa proposition, "des autorités scientifiques compétentes en réanimation et des autorités compétentes en matière de politiques publiques" lui ont expliqué "qu'avec ce système de financement, on va maintenir ouvertes des petites unités de réanimation qui ne devraient pas l'être", a-t-il raconté.

"Là, j'ai compris que parfois, le financement par la T2A peut être la stratégie d'Alesia: on assèche le financement d'un service qu'on n'a pas le courage politique de fermer en se disant qu'il finira par coûter tellement cher que l'hôpital le fermera par lui-même. C'est une mauvaise façon d'envisager les choses". Et de renchérir: "Le financement doit répondre à des objectifs de financement des besoins et ne doit pas servir de méthode de pilotage de politiques publiques qu'on n'arrive pas à assumer. Si l'on doit fermer, on ferme".

Il a estimé qu'il fallait "peut-être revisiter la cartographie hospitalière, pour répondre à la mission d'offre de soin sur l'ensemble de territoire, tout en évitant d'alimenter ou de suralimenter des structures qui ne font peut-être plus sens en termes de besoins de santé, et qui "grèvent la totalité du parcours hospitalier auquel on demande un effort" financier.

Olivier Véran a jugé qu'en parallèle, les marges d'efficience des établissements "commencent à être réduites dans la mesure où l'hôpital a absorbé énormément de réformes ces dernières années et s'est beaucoup restructuré", rappelant que "la masse salariale représente 80% des dépenses hospitalières".

Point de "vigilance" sur la campagne tarifaire et ses conséquences

Le député, lui-même praticien hospitalier, a par ailleurs reconnu une situation financière des

établissements rendue difficile par une évolution des tarifs hospitaliers "ne répondant plus à l'activité hospitalière depuis 10 ans", en parallèle des contraintes fixées par les l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

"Il y aura un point de vigilance particulier sur la campagne tarifaire de cette année et sur les conséquences", a-t-il annoncé. Il a déploré que l'évolution des tarifs hospitaliers a eu pour conséquence une réduction de l'investissement immobilier hospitalier "de 6 milliards € en 2016".

Concernant l'Ondam, s'il a expliqué qu'il souhaiterait personnellement "l'élargissement de l'Ondam à 4%" (il est fixé à 2,3% dans la LFSS 2018), il a évoqué l'impossibilité de le faire en raison de la situation macro-économique, avec notamment "la situation sur le marché de l'emploi". Olivier Véran a souligné l'importance d'une "reprise de la croissance française" à plus de 2% pour pouvoir engranger "plus de recettes fiscales" et pouvoir "dépenser plus d'argent dans les prestations sociales".

Olivier Véran a par ailleurs indiqué "croire fortement au financement du parcours de soins et par épisode de soins" en laissant la liberté "aux acteurs de faire des propositions d'organisation des soins pour répondre à la demande en fonction de leur situation territoriale [...] et casser les silos ville-hôpital", une mesure inscrite dans l'article 51 de la LFSS 2018 (cf [dépêche du 02/01/2018 à 10:02](#)).

"On a entamé des réformes profondes, à travers l'article 51, et le développement de la télémédecine" qui vont permettre dans "deux-trois-quatre ans d'avoir un changement majeur de référentiel. Aujourd'hui, on est encore dans référentiel un peu ancien avec des efforts demandés aux hôpitaux", a-t-il déclaré.

Il a par ailleurs insisté sur l'intérêt de développer rapidement les GHT, "sans brusquer", tout en allant "plus vite sur l'interopérabilité des systèmes d'information". Selon lui, certaines coopérations peuvent relancer des activités. Si un "médecin capé" effectue "une vacation par semaine dans un petit hôpital situé à une trentaine de minutes de son établissement, cela peut permettre de faire revenir des internes et de "faire rouvrir par exemple un service de réanimation", a fait valoir le député.

jp/san/APMnews

[JYP3P32195]

POLSAN - ETABLISSEMENTS

Aucune des informations contenues sur ce site internet ne peut être reproduite ou rediffusée sans le consentement écrit et préalable d'APM International. Les informations et données APM sont la propriété d'APM International.

©1989-2018 APM International -

<https://www.apmnews.com/depeche/112873/315277/la-t2a-ne-doit-pas-servir-de-methode-de-pilotage-de-politiques-publiques-qu-on-n-arrive-pas-a-assumer--olivier-veran->