

14ème législature

Question N° : 92479	De Mme Seybah Dagoma (Socialiste, républicain et citoyen - Paris)	Question écrite
Ministère interrogé > Affaires sociales, santé et droits des femmes		Ministère attributaire > Affaires sociales et santé
Rubrique > établissements de santé	Tête d'analyse > tarifs	Analyse > tarification à l'activité. contrôle.
Question publiée au JO le : 19/01/2016 Réponse publiée au JO le : 03/05/2016 page : 3722 Date de changement d'attribution : 12/02/2016 Date de signalement : 29/03/2016		

Texte de la question

Mme Seybah Dagoma attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes sur les pratiques de certains établissements de santé en France. Le nouveau système de financement des établissements de santé dit de tarification à l'activité a été mis en place progressivement à partir de 2004. Il repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation des dépenses. Un reportage télévisuel (*Cash investigation*) diffusé le 14 septembre 2015, prétend que la mise en place de ce nouveau mode de financement a engendré des dérives dans les pratiques des établissements de santé en France, telles que la falsification des heures du décès des patients afin d'obtenir une journée supplémentaire d'hospitalisation, des interventions chirurgicales excessives et allant contre des recommandations officielles, ou encore le recours à des sociétés d'optimisation externes au détriment du secret médical. Ces pratiques, si elles étaient avérées, seraient condamnables à double titre : elles constitueraient en effet des fraudes à l'assurance-maladie, d'une part, et elles mettraient en danger les patients, d'autre part, (certains actes médicaux pratiqués allant à l'encontre des recommandations des autorités de santé). En conséquence, elle souhaite savoir quels dispositifs de contrôle sont mis en place pour prévenir de tels abus.

Texte de la réponse

Afin de limiter le caractère potentiellement inflationniste du modèle T2A, un mécanisme de régulation de l'activité des établissements de santé, dit de dégressivité tarifaire, a été mis en place en 2015. Cet outil consiste à minorer les tarifs des établissements de santé lorsque leur activité dépasse un certain seuil de progression. Cette démarche quantitative s'est doublée d'une démarche plus qualitative, à travers le programme d'amélioration de la pertinence des soins, qui concerne plus particulièrement les actes chirurgicaux. L'objectif poursuivi est d'assurer à la population qu'elle bénéficie en tout lieu du juste soin, c'est-à-dire le soin le plus adapté à son état et à ses besoins. Pour ce faire, le ministère collabore avec la haute autorité de santé (HAS), la caisse nationale d'assurance maladie et des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), afin de réduire les variations de pratiques médicales aujourd'hui constatées. Ce programme s'est traduit, en 2015, par la mise en place au profit des ARS d'outils qui permettront de cibler les établissements jugés les plus atypiques. Ces outils viennent compléter les contrôles menés régulièrement par l'ARS et le réseau d'assurance-maladie, destinés à empêcher les éventuels abus. Ces approches se doublent d'un dispositif incitatif visant à améliorer la prise en compte de la qualité dans le modèle de financement. C'est l'objet de l'« incitation financière à la qualité (IFAQ) »,



qui vient récompenser les efforts des établissements en vue de l'amélioration de la qualité des soins évaluée sur la base d'indicateurs nationaux, définis par la HAS. Ces correctifs ont permis de répondre aux critiques les plus criantes de la T2A. Par ailleurs, le ministère poursuit ses travaux en vue d'une adaptation du modèle de financement. Cette évolution est en marche. Elle concerne aujourd'hui deux champs d'activité. La première concerne les activités de soins de suite et de réadaptation, qui seront financées en 2017 par une dotation modulée à l'activité. La seconde concerne les hôpitaux de proximité, qui bénéficieront dès mars 2016 d'un financement mixte qui prendra mieux en compte leurs spécificités et leurs besoins. Enfin, la ministre des affaires sociales et de la santé a confié à monsieur Olivier Véran la mission de définir les conditions dans lesquelles cette dotation pourrait être mise en œuvre s'agissant des pathologies chroniques, de la réanimation, de la périnatalité, de l'accueil hospitalier urgent et non programmé, et des soins palliatifs dans la perspective du PLFSS 2017.