

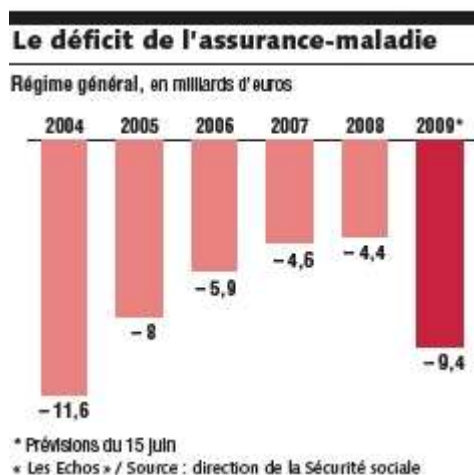
L'INSOLUTIONNABLE DEFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE

Aggravé par la crise et le coût de la grippe, le déficit de l'assurance-maladie va dépasser la barre des 10 milliards d'euros cette année. La dernière prévision officielle du gouvernement date du 15 juin 2009 : 9,4 milliards de déficit pour le régime général des salariés du privé. Depuis, la crise a encore aggravé les prévisions d'évolution de la masse salariale pour 2009 : celle-ci devrait se contracter de 2,2 %, selon les dernières estimations de la Sécurité sociale, un point de plus qu'attendu. Résultat : environ 900 millions de cotisations en moins dans les caisses de la branche maladie. La progression des dépenses de soins pose le problème de la « *soutenabilité du système d'assurance maladie* »¹. Combien de temps encore notre système de prise en charge des dépenses d'assurances maladies va pouvoir perdurer ?

Rappelons que « *les dépenses médicales remboursées par la Sécurité Sociale ont représenté 125 milliards d'euros en 2003, dont 51,5% pour les hôpitaux et les cliniques privées, sur un total de 168 milliards d'euros* »². Cette situation n'est pas nouvelle même si la crise actuelle ne fait qu'accentuer le constat de l'impérieuse obligation de changements profonds.

¹ Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2007, p.6.
http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2007/hcaam_rapport2007.pdf

² DREES, n° 324, juillet 2004, p. 1.



En quarante ans les dépenses de soins ont augmenté en moyenne à un rythme annuel supérieur de deux points à la croissance de la richesse nationale, passant de 3,5% du produit intérieur brut en 1960 à 8,9% en 2002, et plus de 10% en 2008. Ce déficit structurel s'explique par le fait que nos dépenses d'assurance maladie croissent sur un rythme sensiblement supérieur à celui de la croissance potentielle de la masse salariale et des cotisations sociales. Cette dégradation remet en cause les principes de solidarité et d'égalité qui sous-tendent notre système d'assurance maladie.

La France a financé cette évolution par une augmentation des recettes dont l'essentiel est prélevé sur les revenus d'activité. Ce prélèvement a été accepté sans trop de difficulté, surtout quand le pouvoir d'achat progressait sensiblement. Avec le temps, le maintien du niveau de recette a posé des problèmes politiques et économiques de plus en plus sensibles, créant le sentiment que l'assurance maladie rembourse de moins en moins bien.

Simultanément le système de soins a fait l'objet de critiques de plus en plus dures. Cela portait principalement sur la qualité des prestations qui n'étaient pas à la hauteur des investissements. L'offre, parfois excessive, éclatée et mal coordonnée, est financée par un système trop passif de prise en charge. Les professionnels de

santé, comme les usagers, expriment de manière croissante leur insatisfaction, malgré l'augmentation décrite des dépenses³.

Lorsque le Haut Conseil, en octobre 2003, a reçu le mandat d'établir un diagnostic sur le système de santé en général, et de l'assurance maladie en particulier, le déficit du régime général de l'assurance maladie pour l'année 2004 s'élevait à 11 Md€. Ce niveau de déficit sans précédent n'était que partiellement imputable à la conjoncture économique. « *En 2003, environ un quart du déficit de la CNAMTS (soit 2,7 milliards d'euros en 2003) était lié à la conjoncture tandis que les trois autres quarts du déficit de l'assurance maladie étaient d'origine structurelle* ». ⁴ Il a jugé par ailleurs que les perspectives d'évolution n'avaient aucune raison de conduire spontanément à un retour à l'équilibre car structurellement, les dépenses de soins augmentent plus rapidement que la richesse économique du pays. Il apparaît que face à cette équation structurellement déficitaire, il n'existait pas de solution miracle, mais la perspective d'un endettement massif pour financer la croissance des dépenses devait être totalement exclue. Faire face à ce déficit qui se creuse, par des ajustements des recettes, ou des taux de remboursement, aboutirait « *à un doublement de la CSG à horizon de 20 ans, avec un effet d'éviction sur les autres besoins* » ⁵.

Au constat de cette situation financière problématique, le Haut Conseil a précisé « *que pour des ressources investies très élevées, notre système de santé et d'assurance maladie, même s'il a des performances indéniables, recèle des marges importantes de qualité et d'efficience* ». ⁶ Les causes structurelles de ce déficit sont

³ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-france/situation-financiere.shtml>

⁴ Rapport 2005 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie adopté le vendredi 8 juillet 2005, première section, retour sur le diagnostic formulé en janvier 2004, p.11.

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hcaam/rapport_2005.pdf

⁵ *ibid*

⁶ Rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2007, p.5.

nombreuses, cette crise structurelle est au cœur de toutes les politiques de restructuration menées par les autorités de tutelles mises en place.

§ 1. Les différentes tentatives de sauvetage

Le problème n'est pas nouveau, et tous les ministres en charge de la Santé et de l'Assurance maladie se sont trouvés confronté au même problème : comment équilibrer durablement les comptes de l'Assurance Maladie ? Les solutions proposées par les ministres successifs n'ont hélas jamais abouties. La pérennité de notre système de financement de l'Assurance Maladie n'est pas assurée au regard des résultats de ces différentes tentatives de sauvetage. Bien que les aboutissements soient clairement éloignés des espérances suscitées, on peut se satisfaire du fait que le système n'ait pas implosé. En 2008 encore, le constat fait par le Haut Conseil de l'Assurance Maladie reste des plus nuancé : *« la volonté de retour à l'équilibre à l'horizon 2011 soumettra le système de l'assurance maladie à de fortes contraintes. Il serait pertinent d'engager une réflexion de long terme sur les voies et moyens permettant de remettre plus de cohérence dans ce système. Certes le faire sous la double contrainte de progression des dépenses de soins et de maîtrise des prélèvements obligatoires est-elle une tâche très difficile ; mais elle est nécessaire »*⁷. Il est pour le moins surprenant de lire de telles évidences encore aujourd'hui. Quel homme politique dira, à l'instar de n'importe quel ménage, qu'il y a lieu soit de dépenser moins et en tout cas dans la limite des recettes de l'Assurance Maladie, soit d'accroître les recettes, donc les charges sociales et la CSG afin de couvrir nos dépenses de santé.

<http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2005/rapport20050708.pdf>

⁷ Rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2008, p.6.

http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2008/hcaam_rapport2008.pdf

A. L'origine des difficultés de l'assurance maladie

À l'origine réservée aux salariés et à leur famille, le régime général s'est progressivement élargi à d'autres catégories de la population (jeunes libérés du service militaire, femmes divorcées ne travaillant pas, anciens détenus, etc.)

Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945⁸ prises par le gouvernement du Général de Gaulle créent une organisation de la Sécurité sociale. Ces ordonnances fusionnent toutes les anciennes assurances pour introduire un mécanisme de compensation entre les régimes subsistants. Elles prévoient le principe d'une « gestion des institutions de Sécurité sociale par les intéressés ». Le système de sécurité sociale mis en place en 1945 reposait dans ses principes sur un triptyque : le travailleur, puisque l'ordonnance du 4 octobre 1945 confiait à l'organisation de la sécurité sociale le soin d'assurer « la protection des travailleurs contre les risques de toute nature », les organisations syndicales comme représentation des assurés sociaux, l'élection sociale comme source des pouvoirs. La loi du 22 mai 1946⁹ pose le principe de la généralisation de la sécurité sociale à l'ensemble de la population. La loi en date du 30 octobre 1946¹⁰ intègre la réparation des accidents du travail à la Sécurité sociale.

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le développement des progrès médicaux et l'amélioration des retraites, la Sécurité sociale se trouve bientôt confrontée à des difficultés financières. Pour y remédier, le régime général fait l'objet de plusieurs refontes par l'ordonnance du 21 août 1967 instituant une séparation en trois branches autonomes : maladie (CNAMTS), famille (CNAF) vieillesse (CNAVTS). Chaque branche est alors responsable de ses ressources et de ses dépenses.

⁸ Ordonnance n° 45/2454 du 19 octobre 1945 portant sur le Régime des Assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles (JO octobre 1945).

⁹ Loi n° 46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale (JO mai 1946).

¹⁰ Vu la loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (JO octobre 1946).

Le plan Juppé instituant la réforme de 1996 implique une nouvelle chaîne de responsabilités telle que, la maîtrise des dépenses entre les acteurs du système de protection sociale : Gouvernement, Parlement, gestionnaires des systèmes de Sécurité sociale, professions de santé et assurés sociaux. Elle est mise en œuvre par les trois ordonnances du 24 avril 1996¹¹ relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, à l'organisation de la Sécurité sociale, et à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Créée par la loi du 27 juillet 1999 de Martine Aubry, la Couverture maladie universelle (CMU de base) et la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sont entrées en vigueur le 1er janvier 2000. La CMU assure aux personnes résidant en France depuis plus de trois mois, une affiliation au régime de base de la Sécurité sociale, de bénéficier de la prise en charge de ses soins (maladie et maternité) quelle que soit son activité. La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) permet aux personnes ayant de faibles ressources, une prise en charge à 100 % des soins sans avance de frais, y compris pour la part non remboursée par l'Assurance Maladie et le forfait journalier hospitalier.

La réforme Douste-Blazy mise en œuvre par la Loi du 13 août 2004 crée le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant choisi par chaque assuré de 16 ans et plus. Créé par la loi du 13 août 2004, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les Caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Le risque de dépassement est jugé sérieux si son ampleur prévisible est supérieure à un seuil fixé par décret et qui ne peut excéder 1 %. Le décret du 12 octobre 2004 a fixé ce seuil à 0,75 %. Pour la première fois depuis sa création en 2004, le comité d'alerte sur les dépenses d'assurance-maladie exige un plan de

¹¹ Ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale ; Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins ; Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (JO 25 avril 1996).

redressement de l'Assurance Maladie le 29 mai 2007 pour les dépenses de l'année 2006. Selon la Commission des comptes de la sécurité sociale, les dépenses maladie pour le régime général étaient supérieures de 2,2 milliards à l'ONDAM voté. Ce dépassement concernait principalement les prestations remboursées dans les soins de ville. Une partie de l'aggravation du déficit s'est également expliquée par une évolution moins favorable que prévue des recettes.

En réponse à l'aggravation de ce déficit, plusieurs mesures furent proposées relatives aux dispositifs médicaux, au renforcement du parcours de soins, à la maîtrise et la qualité des soins. Il comportera des mesures de renforcement du parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant. Il prévoira de pénaliser financièrement les assurés sociaux qui restent en dehors de ce parcours, soit qu'ils n'aient pas de médecin traitant, soit qu'ils ne passent pas par lui pour consulter un spécialiste. Les avis du comité d'alerte du 30 mai 2008 et du 29 mai 2009¹² ont jugé que la situation des dépenses au regard des estimations présentées à ces dates ne justifiait pas le déclenchement de la procédure d'alerte. En 2009, l'effet de la crise et la baisse de la masse salariale conduisent à dégrader le déficit (1,25% au lieu de 2,75%). La Commission des comptes de la Sécurité sociale prévoit un déficit du régime général de la branche maladie de 9,4 milliards d'euros. Le déficit de l'assurance maladie devrait s'élever à -9,4 milliards d'euros en 2009, a estimé la Commission des comptes de la Sécurité sociale réunie le 15 juin, à Paris. Ce chiffre représente plus du double de ce qui était prévu au budget de 2009 : dans la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) votée en décembre dernier, le gouvernement tablait sur un déficit de -4,6 milliards d'euros.

Dans ce contexte, le Ministère de la Santé et le Ministère du Budget ont réaffirmé leur objectif de respecter l'ONDAM et de maîtriser les dépenses de santé¹³.

¹² Avis n° 7 du Comité d'alerte du 29 mai 2009 ; Avis n° 6 du Comité d'alerte du 30 mai 2008.

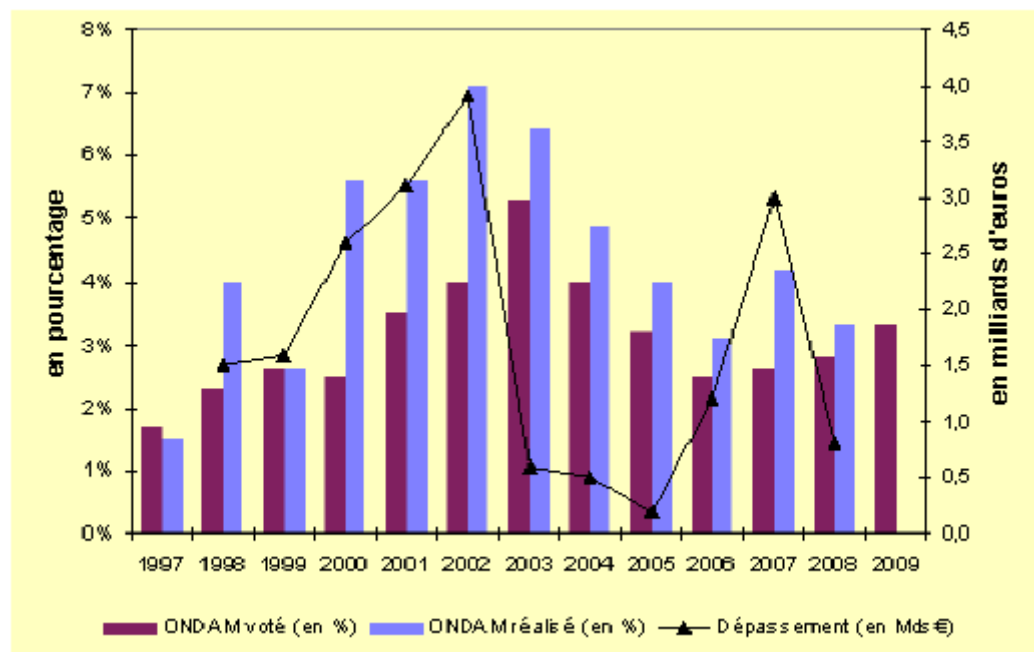
¹³ Communiqué de presse du 15 juin 2009 - Commission des comptes de la sécurité sociale.

B. Les causes des déficits

Le premier constat est que notre système actuel génère moins de recettes (les causes liées aux crises et au manque de croissance) : l'objectif national d'assurance maladie (Ondam) constitue une novation introduite par la loi organique du 22 juillet 1996 portant création des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et participe donc du renforcement des pouvoirs du Parlement dans le financement de la sécurité sociale. Mis en place pour la première fois en 1997, il est fixé pour l'ensemble des régimes de l'assurance maladie et fait l'objet d'un vote annuel du Parlement. En cela, il participe de la « re-légitimation démocratique » donnée à la maîtrise des dépenses de sécurité sociale, le vote du Parlement offrant une base légale (et non plus seulement conventionnelle) à la maîtrise des dépenses. Au départ, le montant de l'Ondam de l'année T était fixé en appliquant un taux d'évolution par rapport à l'Ondam de l'année T-1. Depuis 2000, le taux d'évolution est appliqué par rapport à la dépense effective en T-1. L'ensemble des taux d'évolution présentés tient compte des modifications du périmètre de l'Ondam. Ils rapportent les réalisations de l'année N aux réalisations N-1 calculées à périmètre N. Cet objectif global est décliné par le gouvernement et les caisses d'assurance maladie en trois objectifs prévisionnels sectoriels :

- **les dépenses de soins de ville** (à partir de cet objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville, les caisses d'Assurance maladie négocient avec les professions libérales de santé pour définir des objectifs par profession) ;
- **les dépenses des établissements de santé** (elles regroupent les dépenses des hôpitaux publics (financés par dotation globale) et **les dépenses des établissements d'hospitalisation privés** (cliniques privées) ;
- **les dépenses des établissements médico-sociaux** (elles représentent la contribution de l'Assurance maladie aux dépenses pour les personnes handicapées (enfance inadaptée et adultes handicapés), d'une part, et pour les personnes âgées, d'autre part). Jusqu'en 2005, seul le montant de l'Ondam total était voté par le

Parlement, les montants des sous-objectifs étaient présentés à titre purement indicatif (tels qu'ils apparaissent dans les rapports de la Commission des comptes de l'époque). Depuis 2006, les sous-objectifs sont votés.



La poursuite et la relance inéluctables des déficits, si elle n'est pas anticipée, se traduit par une mise en danger structurelle de l'Assurance maladie. La crise de l'assurance maladie se prolonge au sein du système hospitalier, dont les 750 millions d'euros de déficit tétanisent l'action et les possibilités de réforme.

Autre origine du problème de financement de l'assurance maladie : les soins sont de plus en plus coûteux notamment du fait du progrès médical. L'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé¹⁴ relate régulièrement cette explosion des coûts médicaux à travers des rapports.

¹⁴ Producteur de données et d'analyses en économie de la santé, l'IRDES a pour objectif de contribuer à nourrir la réflexion de tous ceux qui s'intéressent à l'avenir du système de santé. Multidisciplinaire, l'équipe de l'IRDES observe et analyse l'évolution des comportements des consommateurs et des producteurs de soins à la fois sous l'angle médical, économique, géographique... La mise à disposition de l'information ainsi que la formation font également partie de ses missions. Créée le

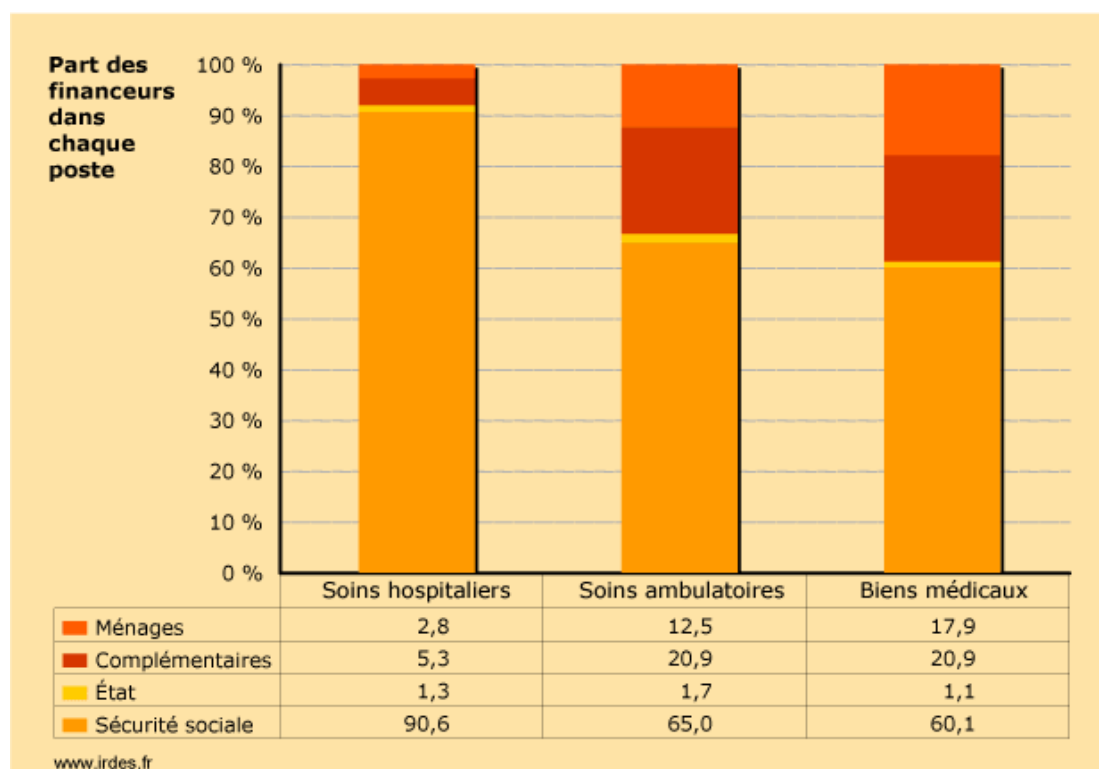
DEPENSES COURANTES DE SANTE EN 2008

	Montant (millions €)	Structure (en %)	Montant par pers. (en €)
Dépense pour les malades	190 140,81	88,4	2 965
Soins et biens médicaux	170 488,43	79,3	2 659
Soins aux personnes âgées en établissements	6 445,46	3,0	101
Aide aux malades	11 326,92	5,3	177
Subventions aux systèmes de soins	1 880,00	0,9	29
Dépenses de prévention	5 505,95	2,6	86
Dépenses en faveur du système de soins	8 678,42	4,0	135
Recherche	7 426,63	3,5	116
Formation	1 251,80	0,6	20
Coûts de gestion de santé	14 878,74	6,9	232
Double compte	- 4 162,75	- 1,9	- 65
Dépense courante de santé	215 041,17	100,0	3 354

Source : [Eco-Santé France 2009](#),
d'après les Comptes nationaux de la santé, Drees

Ainsi l'on peut constater que le premier poste des dépenses de santé concerne la dépense de soins hospitaliers et ambulatoires pour les particuliers et de biens médicaux consommés en dehors de l'hôpital (DSBM), avec un montant de 170,5 milliards d'euros.

DEPENSE DE SOINS ET BIENS MEDICAUX PAR MODE DE FINANCEMENT EN 2008



Source : [Eco-Santé France 2009](#),

d'après les Comptes nationaux de la santé, Drees

En 2008, la Sécurité sociale est le premier financeur des soins hospitaliers (90,6 %), des soins ambulatoires (65 %) et des biens médicaux (60,1 %).

EVOLUTION (EN TAUX DE VARIATION SUR LA VALEUR) DE LA DEPENSE COURANTE DE SANTE

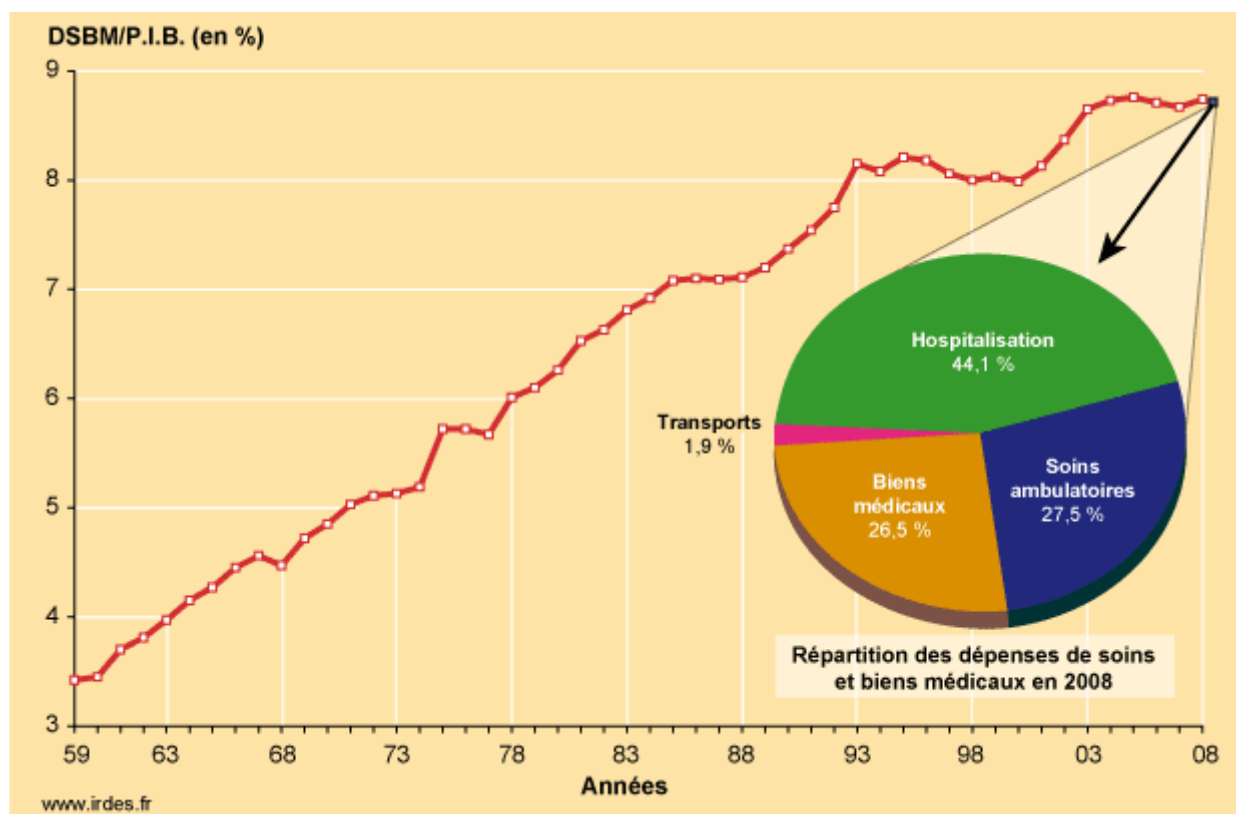
	2000- 2002	2002- 2004	2004- 2006	2006- 2008
Dépense pour les malades	6,2	5,8	4,1	4,2
Soins et biens médicaux	6,1	5,7	4,2	4,1
Prévention	7,6	1,5	2,9	3,1
Dépenses en faveur du système de soins	7,2	2,9	3,8	3,0
Coûts de gestion de la santé	3,2	3,2	4,8	2,4
Dépense courante de santé	6,1	5,4	4,1	4,0

Source : [Eco-Santé France 2009](#),

d'après les Comptes nationaux de la santé, Drees

Le montant de chacun des postes de dépenses de la santé ne cesse de croître mais cette augmentation est moins rapide actuellement que sur la période 2000-2002.

EVOLUTION (EN %) DE LA PART DE LA DEPENSE DE SOINS ET BIEN MEDICAUX DANS LE PIB

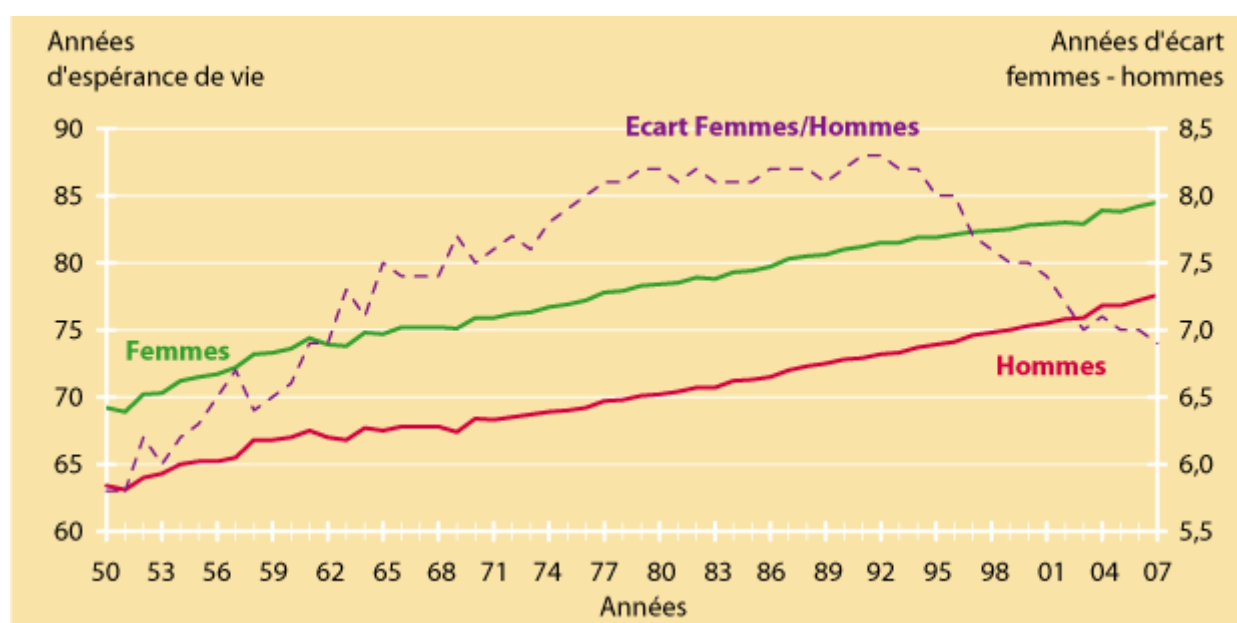


Notons par ailleurs que l'impact de ces forts coûts de la médecine dite « curative » réduit également les possibilités de financement de la médecine préventive qui présente de nombreux avantages économiques et qui repose sur des moyens comme l'information des patients ainsi que sur la démocratisation des tests de dépistages.

L'Allongement de l'espérance de vie constitue également un élément de réponse. L'espérance de vie à la naissance des femmes et des hommes ne cesse pratiquement d'augmenter, passant de 69,2 ans à 84,5 ans pour les femmes et de

63,4 ans à 77,6 ans pour les hommes sur la période 1950-2007. Jusqu'en 1992, l'espérance de vie à la naissance a augmenté plus vite pour les femmes que pour les hommes dont les conduites à risque sont plus courantes.

EVOLUTION DE L'ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE EN FRANCE SUR LA PERIODE 1950-2007



Source : [Eco-Santé France 2008](#), d'après données INSEE

« L'espérance de vie dépassera les 90 ans en 2025 – date à laquelle les plus de 85 ans devraient représenter 33 % de la population – elle atteindra les 100 ans en 2045 et frôlera les 110 ans en 2080. Pour mémoire elle était en 1900 de 43,4 ans »¹⁵ : ces prévisions risquent d'aggraver le coût des dépenses de santé. La demande sociale, qui se traduit par le besoin élevé de garanties dans la dispensation des soins, les exigences des professionnels en termes de conditions de travail auxquelles s'ajoutent sur une longue période les effets du vieillissement de la population et l'évolution des techniques médicales amènent à penser que, malgré les

¹⁵ MERLEN (E.), PLOQUIN (F.), « Ma Sécu : de la libération à l'ère Sarkozy », édition FAYARD, avril 2008, spéc. p.68.

améliorations de la productivité, les dépenses de santé continueront à croître, peut être à un rythme un peu inférieur à celui des dernières décennies, mais très vraisemblablement significatif. La plupart des projections retiennent des taux de croissance spontanés supérieurs de 1 à 2 points à l'évolution du PIB¹⁶. Cette tendance peut néanmoins être infléchie par une meilleure organisation du système de soins. Les projections financières « toutes choses inchangées » sont claires pour les années à venir : « avec l'hypothèse d'une croissance des dépenses supérieure de 1,5 point à l'évolution du PIB, le déficit annuel (en euros constants 2002) passerait à 29Md€ en 2010 et à 66Md€ en 2020 (hors charges de la dette). Un tel niveau de déficit ne peut être envisageable »¹⁷.

C. L'inefficacité des réformes engagées

Différentes réformes législatives se sont succédées dans le non-dit entre exclusion et rationnement. Ces deux termes sont bannis des propos usuels dès qu'un nouveau gouvernement prend fonction, ou qu'un nouveau ministre en charge de la santé est nommé. Avec une certaine compromission, on leur substitue les termes de « sélection des pratiques » et de « régulation ». L'Assurance maladie quant à elle, s'abrite derrière l'expression générique de « maîtrise médicalisée des dépenses de soins ». Ce discours, passage obligé que traversent avec plus ou moins de réussite les gouvernements successifs n'est plus acceptable, d'autant qu'avant toute élection nationale, la réforme du système de financement de l'assurance maladie constitue un thème de campagne récurrent.

Les pouvoirs publics, les partenaires sociaux et les organisations de professionnels de la santé ont essayé de maîtriser la dépense. Les résultats n'ont guère été au rendez vous. Les usagers, pourtant acquis au système, s'impatientent

¹⁶ Quarante années de dépenses de santé, DREES, Etudes et Résultats n°243, juin 2003

¹⁷ <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/assurance-maladie-france/situation-financiere.shtml>

de ces échecs. Ils en supportent les conséquences directes (augmentation de la CSG et du ticket modérateur) et les attribuent, en l'absence de réelle information, à des abus, des gaspillages et une mauvaise organisation. Ont-ils tort ? Ainsi si rien n'est fait, il faudra d'ici 2020, soit diminuer le taux de remboursement de 76% (2004) à 51%, ce qui correspond en quelque sorte à une privatisation rampante de notre système, puisque les organismes privés auraient à jouer un rôle accru dans le système, soit accroître fortement les prélèvements sur les revenus des français en doublant le taux de CSG¹⁸. Bien que depuis le début des années 2000, près de 20 lits sont supprimés chaque jour dans les hôpitaux et cliniques, dont 3 en psychiatrie, le nombre de lits d'hospitalisation en rapport de la population reste un des plus élevés d'Europe¹⁹. En 10 ans il y a eu plus de 100000 lits d'hospitalisation qui ont fermé dans les hôpitaux en France²⁰.

§2. La dégradation des comptes des hôpitaux et les reports de charge

Le poids de la dépense hospitalière dans le PIB est parmi les plus élevés de l'OCDE. C'est bien entendu la disponibilité de l'offre qui explique l'importance de la dépense hospitalière, mais ce n'est pas la seule raison. L'organisation des soins est loin d'être optimisée dans notre pays. Il faut admettre que l'hôpital est aussi une entreprise, et même parfois une très grosse entreprise, par la multiplicité de ses métiers, par la complexité de son organisation, par les processus d'organisation et de gestion qu'il doit impérativement mettre en œuvre pour sa production de soins. La mission de service public des établissements de santé ne doit en rien les exonérer

¹⁸ Xavier BERTRAND, secrétaire d'État à l'assurance maladie, Les cahiers hospitaliers, octobre 2004, p. 15.

¹⁹ MERLEN (E.), PLOQUIN (F.), « Ma Sécu : de la libération à l'ère Sarkozy », édition FAYARD, avril 2008, p.20.

²⁰ PELLOUX (E.) « Urgences pour l'hôpital », éditeur cherche midi, p.119

de la nécessité d'une recherche volontariste et permanente d'efficacité et d'optimisation des moyens qu'ils mobilisent²¹.

En comptabilité nationale, la notion de déficit budgétaire s'utilise lorsque le budget de l'État est en déficit : les recettes de l'État sont inférieures à ses dépenses, et donc son solde budgétaire est négatif (on inclut dans les dépenses les remboursements des emprunts arrivés à échéance). De même, les administrations publiques connaissent un déficit public lorsque les dépenses publiques pour une année sont supérieures aux recettes publiques ; le solde des finances publiques est alors négatif. Au sens précis du terme, il s'agit d'un excédent éventuel des charges à caractère définitif de la loi de finances sur les ressources à caractère définitif²².

On distingue le déficit primaire, qui correspond au déficit calculé sans prendre en compte le service de la dette (c'est-à-dire les intérêts payés sur la dette et la partie des emprunts devant être remboursés au cours de l'année), du déficit final.

Les établissements de santé publics, pour leur part, représentent 40 % des dépenses appréciées au travers de l'Ondam. Le secteur des cliniques privées prend une part à hauteur de 7 % à l'intérieur de celui-ci, il faut toutefois y adjoindre près de 3 % des dépenses d'actes médicaux et de prescriptions en cliniques privées qui émergent dans le secteur des soins de ville, au sein de l'Ondam²³.

Le premier point lié aux fonctions logistiques peut être facilement résolu. Il suffirait en effet de s'inspirer davantage des méthodes du secteur privé. Sur ce thème les possibilités sont plus importantes que sur le terrain des ressources humaines ou nous le verrons plus loin, la particularité du statut de la fonction

²¹ Rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2008, p.1.
http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2008/hcaam_rapport2008.pdf

²³ NOGUES (M.), « Gestion hospitalière et régulation des dépenses de santé », éditeur PUF, octobre 2001.

publique hospitalière met aujourd'hui l'hôpital dans une situation intenable du point de vue de la gestion des ses comptes.

La productivité des fonctions logistiques qui pèsent plus de 15% dans les charges est très inégale. D'où des écarts de coût anormaux entre établissements. Les progrès dans la mutualisation et l'externalisation dans les établissements publics sont encore insuffisants. Pourtant ces formules permettent à l'équipe de direction de concentrer son action sur le « cœur de métier » que constituent les soins et de rechercher des économies, dégagant des moyens additionnels au profit des soins. Cet objectif de gain de productivité doit être permanent sur les principaux postes de dépenses. Ce n'est pas encore le cas, loin s'en faut.

Comme le souligne le rapport Larcher, préserver l'avenir de l'hôpital public, acteur majeur de l'offre de soins, c'est « *veiller au maintien de son dynamisme et renforcer sa capacité d'adaptation* ». Cela signifie qu'il faut, d'une part, s'engager dans la voie d'un retour à l'équilibre financier durable des hôpitaux, alors que ceux-ci connaissent aujourd'hui, en moyenne, une situation financière nettement dégradée²⁴, d'autre part, améliorer la gouvernance et le pilotage de l'hôpital, en particulier en matière de gestion comptable et financière.²⁵

²⁴ Le déficit prévisionnel pour l'ensemble des 32 CHU s'établit à 481 M€ en 2009 (dépêche APM international du 11 juin). Parmi les CHU ayant présenté un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) déficitaire, trois d'entre eux concentrent environ la moitié du déficit. Il s'agit de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris avec 95.5 M€, l'Assistance Publique de Marseille avec 45.6 M€ et les Hospices Civils de Lyon avec 84 M€. Les 95.5 M€ de déficit prévisionnel de l'AP-HP représenterait 1.5% des produits attendus en 2009.

²⁵ SÉNAT, SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008, Annexe au procès-verbal de la séance du 18 juin 2008
RAPPORT D'INFORMATION FAIT au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) (1) de la commission des Affaires sociales (2) sur la gestion de l'hôpital, Par MM. Alain VASSELLE et Bernard CAZEAU, Sénateurs. p.19.

**POURCENTAGE D'ETABLISSEMENTS AYANT TOUT OU PARTIE DE
L'ACTIVITE EXTERNALISE²⁶**

	public	privé lucratif
Restauration, linge déchets	40%	91%
Achats, maintenance	4%	6%
Prestations techniques	59%	74%
Activités médico-techniques	41%	48%
Gestion du personnel, formation	10%	11%
informatique	28%	44%
Contrôle, finances, contrôle de gestion	0%	18%

Il ressort de cette synthèse que certaines activités des établissements hospitaliers sont largement déléguées à des prestataires privés spécialisés dans des activités médico- techniques. Il s'agit là d'activité dite d'hôtellerie dont la restauration et le linge. Aux regards des priorités des établissements de santé, cette délégation est justifiée car le rôle premier de l'hôpital est de dispenser des soins et secondairement d'assurer des services d'hôtellerie. Certains domaines dont la formation du personnel ne sont pas l'objet d'une telle délégation.

Autre poste de dépense majeur : le personnel hospitalier. A lui seul, le personnel non médical des établissements de santé représente plus d'un million d'emplois (950 000 équivalents temps plein), soit 4,5 % de l'emploi salarié en France métropolitaine. Les trois quarts de ces emplois sont situés dans les hôpitaux publics, le quart restant se répartit pour moitié entre les établissements privés à but non

²⁶ Rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2008, p. 10.
http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2008/hcaam_rapport2008.pdf

lucratif et les cliniques privées. En 2006 les dépenses de personnel des établissements publics se sont élevées à 35,85 milliards d'euros, soit 66 % des charges d'exploitation des hôpitaux et 23 % des dépenses de l'ONDAM annuel.

Il ressort clairement de ces chiffres que la gestion des ressources humaines devrait constituer un point majeur de l'évaluation des politiques hospitalières. Or, dans un rapport récent consacré aux personnels des établissements de santé publics, la Cour des comptes a dressé un bilan sévère des modalités de gestion des effectifs de la fonction publique hospitalière, soulignant la fragilité, d'une part, des informations disponibles, d'autre part, des mécanismes de régulation. Il faut également constater que, malgré l'ampleur des montants financiers en jeu, la question de la gestion des effectifs des établissements de santé publics fait l'objet de peu de débats publics, quand elle ne se trouve pas carrément passée sous silence, comme lors de l'examen annuel de la loi de financement de la sécurité sociale. Il convient donc de réparer cet oubli et d'étudier les évolutions récentes des effectifs et des dépenses de personnel des établissements publics ainsi que la manière avec laquelle les structures de pilotage de la politique hospitalière gèrent les ressources humaines. Ces questions sont en effet capitales pour la régulation des dépenses et pour la bonne organisation de l'offre de soins :

- **Des ressources humaines mal identifiées** : on l'a dit, la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé se caractérise d'abord par une information statistique insuffisante. Cet état de fait se manifeste par la méconnaissance des effectifs employés dans les établissements de santé, situation dénoncée par la Cour des comptes²⁷ et l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) pour les personnels médicaux.

- **L'évolution des charges et des effectifs dans les établissements publics** : les quelques informations disponibles sur les principales données de l'emploi hospitalier au cours des années récentes sont insuffisantes pour analyser

²⁷ Les personnels des établissements publics de santé, Cour des comptes, rapport public.

finement les causes de l'évolution de la masse salariale (revalorisations salariales, augmentation des effectifs) et ne proposent pas une vision permettant de définir une stratégie pour l'avenir dans ce secteur.

Entre 1997 et 2005, 100 000 nouveaux emplois équivalents temps plein non médicaux ont été créés, soit une croissance de 1,5 % par an à laquelle la mise en œuvre des trente-cinq heures a largement contribué. Sur la même période, l'activité des établissements a augmenté de 1,1 % par an en nombre de séjours et diminué de 1 % en journées d'hospitalisation. L'augmentation des effectifs concerne en priorité les personnels soignants dont les effectifs croissent de 85 000 unités sur la période, avec notamment l'embauche de 46 000 infirmiers supplémentaires. Cette hausse concerne l'ensemble des établissements de santé, « elle s'établit à 1,8 % pour les établissements privés à but non lucratif et à 2,4 % pour les établissements publics et privés, la différence étant pour l'essentiel liée à des modalités différentes de mise en œuvre des trente-cinq heures ».²⁸

Cette évolution se traduit par la présence d'un personnel d'un niveau de qualification professionnelle plus élevé puisque, durant la même période, la part des aides soignants demeure stable et celle des agents de services hospitaliers diminue. Les effectifs des personnels non soignants ont également évolué à la hausse. Dans les établissements publics, ils se sont accrus entre 2000 et 2005, passant de 84 000 à 88 500, mais plus faiblement que pour les autres catégories de personnel. Durant la même période, les effectifs des emplois techniques sont en baisse dans les établissements privés, ceux-ci ayant fait le choix d'externaliser une partie de leurs fonctions logistiques. Ces données chiffrées proviennent de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) établie chaque année pour l'année n-2 par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

²⁸ Observatoire national de la démographie médicale des professions de santé, rapport annuel 2006.

Hormis la SAE, les autorités de tutelle ne disposent pas d'un outil de gestion statistique performant.

La Cour des comptes a critiqué le fait qu'il n'existe pas de projections démographiques centrées sur les effectifs des établissements de santé. Il en résulte que, faute d'indicateurs et d'outils statistiques de gestion prévisionnelle des effectifs, les estimations des besoins ont tendance à se fonder sur l'offre existante. Cette situation est d'autant plus dommageable que les pouvoirs publics ont rénové tous les outils de gestion de l'offre de soins existants, notamment les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), afin que les travaux prospectifs ne soient plus menés en fonction de l'offre de soins actuelle mais à partir des besoins de santé exprimés par la population. Il conviendrait qu'il en soit de même pour les effectifs des établissements publics de santé.

Enfin, la dotation en personnel des établissements de santé ne doit pas s'évaluer exclusivement au niveau local, mais doit être analysée au regard de ce que les comparaisons avec les pays voisins font apparaître comme une spécificité française : la dispersion des moyens techniques et humains entre un nombre élevé d'établissements au demeurant de taille réduite. Entre 2000 et 2006, les dépenses de personnel des établissements publics ont progressé de 26 %. Le montant de la masse salariale s'établit à 35,85 milliards d'euros, ce qui revient à dire que les charges de personnel représentent 55 % du montant global des dépenses hospitalières prévues par l'Ondam pour 2006 (sous-objectifs relatifs, d'une part, aux établissements de santé tarifés à l'activité, d'autre part, aux autres dépenses relatives aux établissements de santé). Durant la même période, les dépenses hospitalières ont connu une croissance de 31 % et les dépenses d'assurance maladie de près de 40 %, passant de 100,4 milliards à 140,7 milliards d'euros. Il faut néanmoins remarquer que depuis 2001, et malgré la mise en œuvre des trente-cinq heures, les charges d'exploitation relatives au personnel des établissements publics hospitaliers évoluent moins rapidement que l'ensemble des dépenses hospitalières. « Conséquence directe de cette situation, le poids des dépenses de personnel sur

les budgets hospitaliers décroît légèrement, revenant de 68 % en 2000 à 66 % en 2006 ».²⁹

Ce recul s'explique en partie pour des raisons techniques. L'augmentation du nombre de départs à la retraite permet d'inverser les effets salariaux résultant des règles salariales de la fonction publique (le glissement-vieillesse-technicité, GVT) grâce au recrutement de personnels plus jeunes, et donc rémunérés plus faiblement en application de la grille indiciaire de la fonction publique hospitalière. Ce poids des charges de personnel ne constitue pas en soi une anomalie. Selon les informations figurant dans les annexes de la loi de financement de la sécurité sociale, les rémunérations de l'ensemble des professions de santé (salariés et libéraux, secteur ambulatoire et hôpital) représentent près de 75 % du montant total de l'Ondam (soit environ 114 milliards pour 2008). Cette situation trouve son origine dans les spécificités de l'activité de soins qui est avant tout une activité de main-d'œuvre nécessitant la présence d'un personnel qualifié et disponible.

²⁹ HOLCMAN (R.), L'hôpital public manque-t-il réellement de personnel ?, Journal d'économie médicale, septembre-octobre 2007, vol. 25, nos 5-6.

EVOLUTION DES CHARGES D'EXPLOITATION RELATIVES AU PERSONNEL DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE ENTRE 2000 ET 2006 ³⁰

en milliards d'euros

Dépenses de personnel	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Rémunération du personnel non médical	15,842	16,226	17,113	17,634	18,070	18,314	18,848
Evolution annuelle	2,4 %	5,5 %	3,0 %	2,5 %	1,4 %	3,5 %	1,3 %
Rémunération du personnel médical	3,384	3,664	3,942	4,326	4,504	4,743	4,969
Evolution annuelle	8,3 %	7,6 %	9,7 %	4,1 %	5,3 %	4,8 %	1,5 %
Charges de sécurité sociale et de prévoyance	6,167	6,449	6,806	7,166	7,476	7,852	8,179
Evolution annuelle	4,6 %	5,5 %	5,3 %	4,3 %	5,0 %	4,2 %	1,4 %
Taxes sur les salaires	1,769	1,829	1,913	1,980	2,055	2,085	2,244
Autres charges	1,156	1,230	1,439	1,644	1,901	1,846	1,870
Ensemble des dépenses de personnel	28,318	29,399	31,212	32,749	34,005	34,840	35,851
Evolution annuelle	4,0 %	3,8 %	6,2 %	4,9 %	3,8 %	2,5 %	2,9 %
Dépenses totales	41,345	43,191	46,067	48,684	51,232	52,570	54,308
Evolution annuelle	3,7 %	4,5 %	6,7 %	5,7 %	5,2 %	2,6 %	3,3 %

³⁰ Sénat, Session ordinaire de 2007-2008, Annexe au procès-verbal de la séance du 18 juin 2008

Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) (1) de la commission des Affaires sociales (2) sur la gestion de l'hôpital, Par MM. Alain VASSELLE et Bernard CAZEAU, Sénateurs. p.35.

Toutefois, les statistiques ne permettent pas une analyse fine de la situation. Ainsi, il n'est pas possible de distinguer, dans la progression des dépenses, celles liées aux revalorisations salariales de celles entraînées par des recrutements supplémentaires.

Plusieurs questions se posent alors notamment s'agissant de l'existence de marges d'amélioration de la gestion des effectifs. Le principe d'une démarche de gestion prévisionnelle des effectifs des emplois et des compétences a été introduit à l'hôpital par une circulaire de 1997³¹. Comme pour la comptabilité analytique, la mise en œuvre de ces outils nouveaux se fait avec lenteur et, en 2004, certains établissements n'avaient toujours pas engagé une démarche en ce sens. Elle est pourtant indispensable pour anticiper les effets du vieillissement des personnels et les transformations d'emplois rendues nécessaires par les évolutions techniques.

Par ailleurs, les départs massifs à la retraite semblent contribuer à solutionner ces difficultés. La fonction publique hospitalière connaît en effet un choc démographique sans précédent. Entre 1999 et 2015, 385 000 départs à la retraite auront lieu, soit 55 % des effectifs de 1999. 2012 sera l'année au cours de laquelle ces départs seront les plus nombreux puisque plus de 29 000 agents devraient alors prendre leur retraite, soit une augmentation de 125 % du nombre de départs par rapport à 1999. La filière technico-ouvrière est celle dont l'effectif sera le plus touché, puisque plus de 50 000 départs sont prévus, soit 58 % de l'effectif de 1999.

En dépit de ce contexte démographique sensible, la fonction publique hospitalière est régie selon des règles distinctes de la fonction publique de l'Etat. Dans une circulaire du 11 février 2008 adressée à l'ensemble des membres du Gouvernement³², le Premier ministre a rappelé sa volonté de ramener les comptes publics à l'équilibre. Cet engagement a pour corollaire des conséquences en matière d'emploi public. Chaque ministère doit présenter des prévisions de dépenses de personnel pour la période 2009-2011 au cours de laquelle sera appliqué le principe

³¹ Circulaire FP4 no 1902 du 13 mai 1997 relative à l'application du décret no 95-979 du 25 août 1995 pris en application de l'article 27 de la loi no 84-16 du 11 janvier 1984.

³² Circulaire n°5276 du 11 février 2008.

de non-remplacement d'un départ de fonctionnaire à la retraite sur deux. Or, malgré le déficit permanent de l'assurance maladie et la fragilité financière des établissements de santé, cette règle ne s'applique pas à la fonction publique hospitalière, ni pour les personnels soignants, ni pour les personnels non soignants comme les agents.

Pourtant, l'évolution de la pyramide des âges dans la fonction publique hospitalière constitue une réelle occasion d'engager une réflexion sur la gestion prévisionnelle des carrières, la gestion des effectifs et la mise en œuvre d'une politique globale de gestion des ressources humaines. Comme le souligne le rapport Larcher, la gestion des ressources humaines à l'hôpital constitue l'un des axes forts d'évolution pour l'hôpital public . Cette question devra donc être traitée dans le cadre de la restructuration hospitalière, dont les communautés hospitalières de territoire constitueront l'élément central.

Un observateur extérieur est en droit de s'interroger sur le caractère prioritaire ou non du dossier « ressources humaines » dans le domaine hospitalier. A cette remarque, il sera facile d'opposer plusieurs justifications dont la première est celle de la multitude des réformes en cours dans le domaine hospitalier depuis 2002, observation qui n'est pas sans fondement puisqu'on dénombre sans difficulté plusieurs mutations majeures, comme la mise en œuvre de la T2A ou de la nouvelle gouvernance hospitalière. Toutefois, la mise en œuvre de la T2A aurait dû constituer une occasion de renouveler la réflexion sur la gestion des ressources humaines, notamment dans l'optique d'une analyse de la situation financière des établissements et l'amélioration de leur productivité. Comme le démontrent les travaux de la mission d'expertise et d'appui aux hôpitaux (MeaH), le secteur public hospitalier est aujourd'hui pénalisé par son organisation. La gestion des ressources humaines doit donc être intégrée à la réflexion sur l'organisation des services. Elle doit aussi être un volet de la restructuration des établissements au sein d'un même territoire de santé. Or, en l'absence de consigne nationale en matière de gestion des ressources humaines, les établissements hospitaliers dont la situation financière est

la plus fragile ont plutôt fait le pari d'une augmentation de leur activité de soins sans toujours tenir compte de l'offre de soins existant au sein du territoire de santé, plutôt que d'engager une réflexion sur leurs effectifs et leur organisation. Ce comportement est signalé dans le récent rapport sur « *le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (Cref) par des hôpitaux perdants à la T2A* », publié par l'Igas en janvier 2008. Il souligne qu'un certain nombre des établissements contrôlés ont augmenté leurs effectifs, c'est-à-dire que malgré leurs difficultés financières, ils ont poursuivi leurs recrutements. Cette situation est à mettre en parallèle avec l'absence de gestion prévisionnelle des emplois, dénoncée par la Cour des comptes au niveau national.

Le rapport de l'Igas met également en lumière le caractère limité de la politique de gestion prévisionnelle des ressources humaines développée dans les établissements de santé. Celle-ci est essentiellement assurée par l'intermédiaire d'une rotation importante des effectifs, ce qui a jusqu'à présent dispensé les équipes de direction d'une réflexion plus globale sur la gestion des emplois et des compétences. Ce turn-over accéléré n'a pas été mis à profit pour réfléchir à la possibilité de redéployer et de réduire les effectifs.

Seules les autorités de tutelle nationale et régionale peuvent accompagner les directeurs dans la démarche de gestion active des effectifs, qui ne reçoit pas un accueil favorable de la part des organisations représentatives du personnel et des membres du conseil d'administration.

Le problème n'est pas tant de remettre en cause l'autonomie de l'établissement et les compétences du directeur en matière de recrutement, mais bien d'insérer leurs décisions dans un cadre global. Il est en effet illusoire de penser que les directeurs pourront seuls mettre en œuvre des plans de retour à l'équilibre comportant des mesures relatives au personnel. Cela suppose que les directeurs reçoivent l'appui de l'ARH, qui jusqu'à présent n'a eu que des compétences extrêmement réduites en termes de personnel, et qu'il s'inscrive dans le cadre d'une politique globale dont les contours seraient définis au niveau national. Cela montre que les questions de

personnel n'ont pas fait l'objet d'une réflexion prioritaire lorsqu'il s'est agi de faire participer l'hôpital à la réduction des dépenses d'assurance maladie. Cette situation doit être prise en compte dans le cadre de la révision générale des politiques publiques en prévoyant que désormais l'évaluation de la compétence de gestion des directeurs n'est plus fondée sur leur capacité à maintenir la paix sociale dans leur établissement, mais sur une vision plus large de la gestion des ressources humaines, à travers les compétences qui seront confiées aux futures ARS, et surtout aux communautés hospitalières de territoire qui auront un rôle fondamental à jouer en matière de restructuration.

D'autre part, malgré la création de plusieurs structures dédiées à la gestion des ressources humaines (observatoire national des emplois et des métiers créé en 2001, centre national de gestion créé en 2007), les autorités de tutelle peinent à mettre en œuvre une véritable politique nationale. Or, **la question des ressources humaines** doit devenir un enjeu central de la gestion des établissements de santé. Si la gestion des ressources humaines ne fait pas l'objet d'une politique nationale, cela s'explique essentiellement par l'autonomie des établissements en matière de recrutements fondée sur l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, qui fait du chef d'établissement, en sa qualité d'autorité exécutive, le responsable du recrutement des agents non médicaux. Des évolutions récentes ont permis de tracer les contours d'une meilleure gestion administrative des ressources humaines au niveau national. Elles ont débouché sur la création de l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière et d'un centre national de gestion.

Globalement, il apparaît que les dépenses de personnel sont insuffisamment connues et ce manque de transparence n'est pas justifié eu égard à leur volume dans les finances sociales. Certes, le dossier est complexe mais il faut aussi souligner que les autorités de tutelle ont fait le choix de communiquer sur d'autres aspects des réformes en cours à l'hôpital. En tout état de cause, cette situation, qui

découle aussi de défauts d'organisation, volontaires ou subis, de l'administration en charge du pilotage de l'hôpital, ne doit plus perdurer.

Des règles de gestion assouplies pour les hôpitaux publics favoriseraient une émulation équilibrée avec les établissements privés. Le constat est que l'organisation de l'offre de soins répond insuffisamment aux besoins et aux exigences d'efficacité. La planification de l'offre de soins a conduit, depuis 1992, à une réduction importante du nombre de lits d'hospitalisation complète (– 100 000 lits environ, soit – 18 %, la réduction étant de 22 % en MCO), corrélée à l'augmentation des capacités d'hospitalisation partielle. Toutefois, la recomposition de l'offre de soins n'a été que partielle. Les regroupements d'hôpitaux ont été limités dans le secteur public, à la différence du privé. La recomposition des sites d'obstétrique a été nettement plus marquée que celle des sites de chirurgie.

L'exigence de sécurité et de qualité impose dans certains cas de repenser l'organisation de la prise en charge, notamment chirurgicale ; sur certains territoires, l'offre de soins est morcelée et marquée par une situation de concurrence entre établissements, y compris entre hôpitaux publics, parfois délétère et certainement inflationniste ; enfin, pour certains établissements, une stratégie d'activité insuffisamment en phase avec les besoins de la population se traduit par une perte d'attractivité à l'égard des médecins et une activité insuffisante corrélée à des difficultés financières.³³ La France se caractérise par son nombre important d'hôpitaux publics. Certains hôpitaux publics, du fait de leur taille ou de leur positionnement, peinent à garantir leur attractivité et se trouvent ainsi mis en danger. Les rapprochements peuvent constituer une réponse pertinente.³⁴ Repenser le rôle des cliniques implique de préciser leur rôle dans le service public hospitalier, sous réserve naturellement du respect de contraintes de service public et d'accessibilité financière.

33 <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000209/0000.pdf> rapport LARCHER, p.35/38.

34 <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000209/0000.pdf> rapport LARCHER, p.39.

Notons par ailleurs que la situation doit être appréhendée de façon différente selon les conditions géographiques. Pour des bassins de population de taille restreinte, l'existence de plusieurs établissements de santé en concurrence conduit à des doublons sans offrir l'envergure qu'appellent des investissements souvent coûteux, tandis que les services n'atteignent pas la taille critique nécessaire pour assurer un service de qualité. La recherche de complémentarités et la spécialisation des activités apparaissent donc comme une nécessité.

Dans certains cas et pour certaines activités, l'hospitalisation privée peut alors offrir une alternative à l'hôpital public à la condition que soient strictement garantis le respect d'obligations de service public et l'accessibilité financière pour les patients. Pour des bassins de population suffisamment importants, au contraire, la présence de plusieurs établissements accroît la liberté de choix et peut représenter un aiguillon pour l'amélioration de l'efficacité et de la qualité. Cette logique est d'ailleurs à l'œuvre dans le rapprochement des règles de financement et d'autorisation des différentes catégories d'établissements. Cela n'exclut pas des partenariats public-privé pour certains investissements particulièrement coûteux. Dans ces conditions, complémentarité et concurrence entre établissements doivent se combiner pour prendre en compte les exigences de qualité et d'efficacité économique et pour que chaque patient puisse avoir accès à au moins un établissement lui garantissant qualité, service public et accessibilité financière. Sous réserve d'une adaptation de ses contraintes, l'hospitalisation privée à statut commercial représente l'un des acteurs de ce service à la population.³⁵

La mise en place puis la montée en charge de la tarification à l'activité que nous aborderons dans la section suivante ont constitué un puissant révélateur des difficultés de certains hôpitaux, en particulier pour les établissements en déficit,

³⁵ <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000209/0000.pdf> rapport LARCHER, p.42.

perdants à la T2A. Il apparaît que ce sont les établissements les plus importants qui ont les déficits les plus significatifs. Ce constat interroge quant à la capacité de ces établissements à investir.

Une mission récente de l'IGAS³⁶ a souligné les obstacles structurels au retour à une situation plus saine : une réflexion insuffisante sur les causes des difficultés (analyse insuffisante de l'activité médicale, réponse trop limitée à l'éparpillement des établissements, équipes de direction insuffisamment armées) ; elle a également souligné les rigidités qui prévalent en matière de gestion du personnel. Les analyses menées par la MEAH révèlent d'importants différentiels de productivité avec le secteur privé, même si des différences intrasectorielles subsistent. Au total, ces difficultés constituent un signal d'alerte important : elles révèlent la fragilité du secteur hospitalier public. Le sentiment a prévalu, au cours des travaux, que l'hôpital public se trouvait face à un défi crucial pour son avenir : des leviers qui lui seront donnés pour faire évoluer son activité et son fonctionnement interne et de leur utilisation dépendront son aptitude à maintenir le rôle fondamental qui est le sien dans l'offre de soins aujourd'hui. Deux enjeux doivent être plus particulièrement soulignés face à ce constat :

- tout d'abord la recherche de complémentarités accrues entre hôpitaux publics, face à une situation parfois marquée par un émiettement et une concurrence délétère, mais aussi de partenariats avec les hôpitaux privés pour développer une offre de services plus performante ; puis,

- l'adaptation des modalités de gestion et de gouvernance interne pour permettre aux établissements de faire face à l'ampleur de ces défis. C'est pourquoi il convient de promouvoir des évolutions susceptibles d'accompagner la modernisation des hôpitaux publics, sans négliger les autres acteurs de l'hospitalisation (PSPH et cliniques).

36 Rapport IGAS no 2007-164P

§3. Les reports de charges

Une enquête de la FHF estime les besoins des hôpitaux à 776 millions d'euros. Le montant des reports de charges cumulés à 650 millions d'euros et celui des sous-dotations à 126 millions d'euros³⁷. La moitié des 31 CHU sont à ce jour en déficit ou en situation de reports de charge³⁸. Un report de charge représente une dépense qui aurait, normalement du être financée sur l'exercice en cours et qui par insuffisance de crédits, a finalement été payée sur l'exercice suivant, avec les crédits de l'exercice suivant. La nomenclature comptable prévoit d'enregistrer les dépenses qui pour des raisons techniques n'ont pu être payées sur l'exercice en cours³⁹. L'existence de sommes inscrites à ce compte n'est donc pas en soi préoccupante ou significative de problèmes budgétaires. La difficulté apparaît lorsque les sommes inscrites à ce compte ne représente plus des dépenses n'ayant pu être payées pour des raisons techniques, mais des dépenses qui auraient du être payées sur l'exercice en cours et qui n'ont pu l'être faute de crédits suffisants. Il s'agit donc d'un détournement de la réglementation, destiné à pallier une insuffisance de crédit, pudiquement masquée en « charges reportées sur l'exercice suivant ». Cette pratique correspond à un véritable dysfonctionnement qui pénalise gravement les établissements amenés à y recourir. D'une part, elle fausse complètement l'image de leurs coûts annuels réels de fonctionnement. D'autre part, dans le cas d'établissements structurellement sous-dotés, elle ampute systématiquement et dès le début de l'année, le budget en cours, du montant des charges reportées, réduisant d'autant les moyens réellement disponibles. Pa un effet cumulatif, ces sommes s'additionnent d'année en année, pour atteindre finalement des montants, pour le moins préoccupants.

37 Le quotidien du médecin du 19 juillet 2004, p. 16.

38 Le quotidien du médecin du 17 décembre 2004, p. 11.

39 Il s'agit du compte 6728 intitulé « autres charges sur exercices antérieurs »

Le phénomène des reports de charges est apparu de manière significative en 1999 et c'est accentué à partir des comptes de 2002. Les reports de charges bruts déclarés par les établissements ont progressés de 38% de 2002 à 2003 pour atteindre 2,5% des budgets⁴⁰. » Comme le souligne le rapport Larcher, préserver l'avenir de l'hôpital public, acteur majeur de l'offre de soins, c'est « *veiller au maintien de son dynamisme et renforcer sa capacité d'adaptation* ». Cela signifie qu'il faut, d'une part, s'engager dans la voie d'un retour à l'équilibre financier durable des hôpitaux, alors que ceux-ci connaissent aujourd'hui, en moyenne, une situation financière nettement dégradée, d'autre part, améliorer la gouvernance et le pilotage de l'hôpital, en particulier en matière de gestion comptable et financière.⁴¹

Jusqu'à 2006, date à laquelle ont été mis en place les états de prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), la pratique dite des « reports de charges » consistant à ne pas comptabiliser des charges au cours d'un exercice, et notamment les charges d'amortissements ou de provisions, faute de crédits suffisants, a été fréquemment utilisée. Cette pratique, qui était liée au caractère limitatif des budgets, faussait dès lors l'information des conseils d'administration et des tutelles sur l'appréciation de la situation financière exacte des établissements. La disparition des enveloppes limitatives et la mise en place des EPRD ont créé une obligation renforcée de sincérité des comptes et mis un terme à la pratique des reports de charges « délibérés ». L'exercice 2006 présente donc un caractère particulier puisqu'au cours de cet exercice, les établissements de santé ont dû régulariser des charges sur exercices antérieurs qui n'avaient pas été comptabilisées au cours des exercices concernés par la dépense. « Ces charges sur exercices antérieurs, qui

⁴⁰ Les cahiers hospitaliers, décembre 2004, p. 13.

⁴¹ Sénat, Session ordinaire de 2007-2008, Annexe au procès-verbal de la séance du 18 juin 2008

Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) (1) de la commission des Affaires sociales (2) sur la gestion de l'hôpital, Par MM. Alain VASSELLE et Bernard CAZEAU, Sénateurs. p.19

permettent d'estimer le montant des reports de charges, sont évaluées à 519 millions d'euros dont 360 millions au titre des charges de personnel »⁴². Elles ont fortement pesé sur les finances hospitalières et ont ainsi contribué au déficit enregistré en 2006.

A. Un nouvel outil budgétaire : l'EPRD

L'EPRD est l'outil budgétaire qui accompagne la réforme du financement par la T2A.

D'une part, il permet une plus grande souplesse de gestion, par l'introduction de crédits essentiellement évaluatifs, à l'exception notable des crédits afférents au personnel permanent ; d'autre part, il objective les enjeux financiers et non plus simplement budgétaires, en mettant en exergue des concepts financiers, la capacité d'autofinancement et le fonds de roulement dont la variation constitue la ligne d'équilibre de l'EPRD. La capacité d'autofinancement représente les ressources potentielles qui sont dégagées par l'exploitation et qui permettront d'investir ou de rembourser des dettes antérieures. Le fonds de roulement représente la part des ressources de long terme disponibles pour financer des emplois court et notamment pour financer les besoins du cycle d'exploitation. Ainsi, l'EPRD incite les acteurs hospitaliers à analyser l'ensemble des éléments financiers, tant en exploitation qu'en investissement, ainsi qu'à respecter l'équilibre du compte de résultat qui décrit les moyens d'exploitation.

Dans ce nouveau système de financement, les ressources des établissements seront fonction de l'activité médicale réellement effectuée. Ainsi, au regard des ressources prévisionnelles qu'il escompte en paiement de son activité, l'établissement doit définir le niveau de dépenses qu'il peut financer, et donc les moyens qu'il peut mettre en oeuvre pour « produire » son activité.

⁴² Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital présidée par Gérard Larcher, avril 2008.

La réforme de la T2A et la mise en place de l'EPRD ont de ce fait nécessité un changement radical de culture : la logique de demande de moyens financiers à la tutelle est en effet abandonnée au profit d'une logique de résultat dont l'établissement est responsable. Selon des données partielles de la DHOS, à la fin de l'exercice 2006, une cinquantaine d'établissements de santé connaissent des situations délicates avec un déficit d'exploitation en pourcentage des recettes supérieur à 2 %. Cette statistique tient compte d'un retraitement lié au caractère exceptionnel de l'exercice 2006, avec l'intégration des reports de charges des exercices antérieurs ; elle prend également en compte les éventuelles aides exceptionnelles reçues par certains hôpitaux en grave difficulté. Ce déficit s'élève à 6 % ou plus des recettes d'exploitation dans une dizaine d'établissements. L'année 2008 devrait, pour la première fois, voir certains hôpitaux placés sous administration provisoire.

B. L'échec des contrats de retour à l'équilibre

Les contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) ont été lancés en 2004 afin de permettre l'assainissement de la situation financière des établissements de santé, relativement dégradée en 2003 et 2004 et, par voie de conséquence, faciliter la réforme de la T2A. La circulaire du 14 juin 2004 a donc mis en place une aide nationale non reconductible de 300 millions d'euros destinée à financer les reports de charges des établissements de façon à permettre le passage à la nouvelle tarification « sans passif ». La répartition de cette enveloppe entre les ARH a été effectuée en tenant compte de la situation financière des établissements de chaque région. A l'intérieur de la région, l'ARH devait répartir l'enveloppe en fonction d'une analyse approfondie de la situation de chaque établissement et au regard des effets de la T2A . Toutefois, la répartition ne pouvait devenir effective qu'après conclusion d'un contrat, celui-ci étant établi sur la base d'un plan de redressement. Les premiers

contrats mis en place ont fait l'objet d'une évaluation sévère, notamment par un rapport de l'IGAS consacré au contrôle des contrats conclus par des hôpitaux « perdants » à la T2A. Les principales critiques portent sur les points suivants :

- **un objectif mal défini** : pour la mission de l'IGAS, la mise en place d'une enveloppe non reconductible au motif qu'il y avait nécessité d'apurer les reports de charges, n'était pas adaptée à l'objectif de redressement durable des établissements. Elle a en effet plutôt émis un signal négatif en donnant l'assurance que les reports de charges des années antérieures seraient couverts sans pour autant rendre obligatoire des efforts de productivité.

Ce rapport estime qu'il aurait été préférable « *d'accorder, par exemple au sein de l'enveloppe MIGAC, une enveloppe annuelle destinée à financer les restructurations et les mesures d'amélioration de l'efficacité de l'hôpital. Le calibrage de cette enveloppe aurait été revu chaque année en fonction des résultats obtenus dans chaque région, notamment dans le domaine des contrats de retour à l'équilibre* »⁴³.

- **une mise en œuvre souvent tardive et mal ciblée** : les constatations faites par montrent que, parfois, les aides ont été versées en l'absence de tout contrat, que, souvent, la procédure du CREF a été utilisée tardivement alors que de tels contrats auraient été nécessaires, que souvent aussi le critère de l'efficacité T2A n'a pas été suffisamment pris en compte. En effet, il aurait été plus pertinent d'utiliser les CREF pour, à titre prioritaire, accompagner les établissements perdants à la T2A et non l'ensemble des hôpitaux en déficit.

- **un contenu insuffisant** : beaucoup de mesures nécessaires au redressement durable des établissements semblent fréquemment absentes des contrats, par exemple un diagnostic sur la performance médico-économique des services ou encore des objectifs de restructuration des sites, d'amélioration des outils de gestion, de rétablissement de la capacité d'autofinancement.

43 Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux « perdants » à la T2A - n°2007-164P - janvier 2008.

Par ailleurs, les mesures d'économies prévues sont généralement peu ambitieuses, en particulier en ce qui concerne la maîtrise de la masse salariale. La mission dénonce même le fait que six des dix-huit contrats qu'elle a examinés ne comportent pas explicitement d'objectif de retour à l'équilibre financier à l'échéance du contrat.

- **la non-prise en compte de programmes d'investissement souvent conséquents.** Les CREF n'ont généralement pas tenu compte de l'impact sur les charges d'exploitation des importants programmes d'investissement engagés par les hôpitaux. La mission estime que le rétablissement de la situation financière aurait dû être un préalable au lancement des opérations d'investissement et que la préparation des contrats aurait dû s'accompagner d'une révision en profondeur des programmes d'investissement envisagés.
- **des prévisions de recettes irréalistes.** Le principal reproche fait par aux contrats est celui d'avoir misé sur un développement peu réaliste de l'activité pour redresser la situation financière. Il est même arrivé que l'optimisme affiché ait eu pour seul but de justifier des équipements surdimensionnés par rapport à l'activité de l'hôpital. Ces objectifs d'activité ont en outre été parfois adoptés en contradiction avec l'évolution de l'offre de soins sur le territoire et même des objectifs quantifiés fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).
- **la non-réalisation des objectifs financiers.** En conséquence de prévisions de recettes irréalistes et de mesures d'économies insuffisantes ou non réalisées, les CREF n'ont pas atteint leurs objectifs financiers. Ils ont seulement permis, dans la majorité des cas, une amélioration apparente de la situation financière du seul fait des aides exceptionnelles consenties. Pour le long terme, la correction durable des situations difficiles est beaucoup plus

incertaine. Pour le rapport de l'Igas, « *tout se passe comme si certains établissements s'étaient durablement installés dans une culture du déficit* ».

Les rares informations disponibles pour 2008 ne permettent pas d'envisager de réels progrès : la situation financière d'un certain nombre d'hôpitaux publics reste critique et la voie du redressement encore mal assurée. Les mauvais résultats obtenus par la procédure des CREF illustrent les défaillances du pilotage régional des établissements et, singulièrement, du suivi de leur situation financière. Plusieurs insuffisances peuvent être soulignées :

- le manque d'engagement des ARH dans l'élaboration des plans de redressement

Il est apparu que l'implication des agences dans la phase de diagnostic préalable aux CREF a été très souvent insuffisante. De même, pour le contrat lui-même, ce sont les mesures de retour à l'équilibre proposées par l'hôpital qui ont été reprises, sans analyse contradictoire, ni examen suffisamment attentif de la situation des établissements dont la situation financière a pu poursuivre sa dégradation après l'élaboration du plan.

- l'insuffisance du suivi de la mise en œuvre des contrats. Le rapport de l'IGAS met en exergue le peu de suivi de la mise en œuvre des contrats effectué par les agences. Or, soumis à de nombreux aléas, ceux-ci auraient pu être adaptés, par le biais d'avenants, aux évolutions de la situation et donc permettre un meilleur respect de l'objectif du retour à l'équilibre. Dans ce but, le nouvel outil budgétaire de l'EPRD mériterait d'être plus exploité par les agences, notamment à travers les transmissions trimestrielles de l'état d'exécution de l'EPRD de chaque établissement.

- l'absence de réflexion d'ensemble sur l'offre de soins. En rendant obligatoire l'examen de la situation de l'ensemble des hôpitaux en difficulté, l'élaboration des CREF aurait dû constituer une occasion de revoir l'organisation de l'offre de soins sur chaque territoire de santé. Or, rares sont les contrats qui ont prévu des rapprochements entre les établissements. Pourtant, un établissement en

situation de déficit lié à la baisse rapide d'activité de certains de ses services ne peut pas compter sur un retour à l'équilibre par le seul biais d'économies. De même, les CPOM, qui auraient pu permettre de remédier aux insuffisances des CREF en matière de restructurations, n'ont, le plus souvent, pas non plus permis d'envisager de manière plus volontariste la reconversion des services.

Pour la mission de l'IGAS, « *l'absence d'une politique de restructurations cohérente a rendu plus difficile le redressement des établissements* ».

L'ensemble de ces constats conduit à penser que les ARH ne disposent pas des moyens techniques et politiques pour construire de véritables contrats avec les établissements. Elles se heurtent au manque de compétences spécialisées (finances, contrôle de gestion) et à un manque de disponibilité.

Nombre des problèmes rencontrés semblent provenir d'un pilotage national aléatoire, contradictoire, peu en phase avec les actions menées par les ARH ou les établissements. On relève un manque d'articulation avec une série d'autres décisions prises en parallèle, il s'agit en particulier : des dispositions prises en 2005 pour le redressement des établissements, en particulier avec le dispositif législatif du plan de redressement mis en place par l'ordonnance du 2 mai 2005 ; de la demande faite par les ARH aux établissements en difficulté de définir des plans de retour à l'équilibre au moment de la mise en place des EPRD ; de la préparation des CPOM, autre procédure contractuelle prévue par la loi et concernant tous les établissements (CPOM « socles » avec la fixation d'objectifs quantifiés avant le 31 mars 2007 et les annexes dont l'annexe financière avant fin juin 2008).

Tous ces dispositifs accumulés montrent la difficulté de choisir entre le recours à des outils spécifiques de redressement et l'intégration du redressement dans les mesures de droit commun. Comme l'énonce le rapport de l'IGAS, « l'existence de ces différentes procédures définies plus ou moins précisément n'a pas facilité une mise en œuvre cohérente de la politique d'accompagnement des établissements en difficulté sur l'ensemble du territoire ».

- **la multiplication de mesures pouvant mener à des augmentations de dépenses.** Comment réaliser des économies lorsque, au niveau central, on décide de nouvelles mesures statutaires et réglementaires augmentant les charges de personnel ou de nouvelles normes techniques et de sécurité générant des dépenses obligatoires supplémentaires ?

- **l'attribution de dotations ponctuelles.** Ces aides directes, accordées sur intervention politique, ne font pas l'objet de contractualisation ou, s'il y a un CREF, n'entraînent pas sa renégociation, ce qui enlève toute rigueur aux efforts de redressement engagés. En outre, elles sont perçues comme évidentes ou certaines en cas de difficultés persistantes. Le rapport de l'IGAS souligne d'ailleurs le fait qu'« *à de rares exceptions près, les acteurs locaux semblent estimer que leurs déficits donneront lieu, tôt ou tard, à des aides exceptionnelles qui permettront de revenir à un équilibre apparent* ». On conçoit bien à quel point un tel état d'esprit ne facilite pas l'engagement de mesures ambitieuses.

- **la faible prise en compte des CREF dans les contrats ministère-ARH.** L'absence d'objectifs chiffrés en matière de CREF dans les contrats entre le ministère et les ARH permet de mettre en cause la réelle volonté de l'administration centrale d'assurer un suivi attentif de la procédure des CREF. De même, celle-ci ne semble pas avoir développé l'appui aux ARH sur cette question, ni cherché à faciliter les échanges d'expériences ou les mutualisations des bonnes pratiques entre établissements, alors qu'un ensemble de circulaires a régulièrement été diffusé sur la nécessité de revenir à l'équilibre. L'examen détaillé de la situation financière actuelle des établissements de santé ainsi que le relatif échec de la procédure des contrats de retour à l'équilibre militent en faveur d'une réelle amélioration du pilotage, tant national que régional, des hôpitaux, ainsi que de la mise en place d'une procédure automatique de redressement financier plus rigoureuse et moins sujette aux aléas précédemment recensés.

Le rapport de l'IGAS a fait un certain nombre de propositions à cet égard⁴⁴.

- **Renforcer le cadre juridique**

Lancer rapidement une mission d'évaluation de la procédure de contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM), Mettre en place par voie législative une nouvelle procédure de contrat de retour à l'équilibre financier par avenant aux CPOM et réexaminer l'ensemble des contrats passés avec des établissements en déficit, garantir un délai efficace pour la négociation.

- **Donner plus d'exigence au contenu des contrats**

Fixer par décret des clauses d'ordre public à faire figurer dans les CREF : obligation de retour à l'équilibre courant en trois ans et atteinte d'un objectif de capacité d'autofinancement.

- **Renforcer le pilotage de la politique contractuelle**

Inclure dans tous les contrats ministère/ARH et dans les systèmes d'évaluation individuelle des directeurs des objectifs de retour à l'équilibre financier des établissements de la région, renforcer les équipes des ARH et la possibilité de recourir à l'expertise externe (Conseillers généraux des établissements de santé, MeaH et consultants externes), mieux suivre la mise en œuvre des contrats par bilan annuel.

- **Renforcer les capacités de management des établissements en CREF**

Pour l'ensemble des établissements, intégrer davantage la prise en compte de la situation financière dans l'évaluation des directeurs, faire adopter les CREF par le conseil d'administration et, si possible, le faire cosigner par le président du conseil d'administration, en cas de déclenchement d'une phase de préparation d'un CREF, donner au directeur de l'ARH la possibilité de demander le recrutement d'un directeur

⁴⁴ Sénat, session ordinaire de 2007-2008, Annexe au procès-verbal de la séance du 18 juin 2008

Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) (1) de la commission des Affaires sociales (2) sur la gestion de l'hôpital, Par MM. Alain VASSELLE et Bernard CAZEAU, Sénateurs.

dans des délais contraints, faire bénéficier tous les chefs d'établissements en CREF d'un contrat de mission fixant notamment les conditions de prise en compte des résultats atteints dans le déroulement de carrière, mettre en place un cadre de rémunération adaptée pour les membres des équipes de direction des établissements en CREF.

○ ***Mettre les établissements en situation de réussir***

Développer les responsabilités des établissements en matière de gestion des ressources humaines médicales dans les établissements en CREF, faciliter le développement d'une gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences à travers la mise en place de groupements de coopération sanitaire (GCS) de territoire et d'un GCS au niveau régional, mettre en place un dispositif d'intéressement du personnel au redressement financier des établissements en CREF, renforcer l'accompagnement financier des restructurations, mettre en place progressivement la certification comptable, développer les outils de comptabilité analytique

Dans ce contexte, les futures agences régionales de santé devront avoir les moyens de favoriser le redressement réel et durable des établissements de santé ainsi que de faire évoluer l'offre de soins en fonction des besoins réels de la population de leurs territoires. Elles devront obtenir des objectifs clairs mais surtout s'employer à faire effectivement progresser la situation, en étant plus réactives et mieux responsabilisées. Parmi les moyens qui pourraient être mis à leur disposition, outre un renforcement sensible de leurs capacités humaines et techniques, on pourrait envisager la mise en place de procédures automatiques destinées, d'une part, à cibler les établissements à traiter en priorité, d'autre part, à mettre ces derniers sur la voie d'un réel redressement véritable et rapide.

§3. L'avenir de l'assurance maladie

La loi du 25 août 2004 avait prévu le transfert à la CADES des déficits cumulés jusqu'en 2006 dans la limite de 50 Md€. Au total 47 Md€ de dettes ont été transférées sur la période 2004-2006 au titre du régime général. La loi précitée ne prévoyait pas de disposition permettant de transférer de nouveaux déficits au-delà de 2006. La loi organique du 2 août 2005 sur les lois de financement de la sécurité sociale a, elle, prévu que tout nouveau transfert de dette (on n'en élimine donc pas la survenue) doit être accompagné d'une hausse des recettes afin d'éviter un allongement de la durée d'amortissement de la dette.

Deux options sont donc concevables : d'un point de vue comptable rien n'empêche l'assurance maladie de conserver le déficit dans ses comptes. La traduction en trésorerie de ce déficit alourdira cependant ses charges financières. Sa gestion dans le cadre d'un plafond d'avances, à nouveau augmenté dans la LFSS, montrerait à l'évidence le dévoiement du concept de plafond supposé à l'origine permettre de faire face aux variations de trésorerie liées au décalage dans les calendriers d'encaissement des cotisations et de décaissement des prestations ; en revanche, sur la base de la loi organique, un nouveau transfert de déficit à la CADES devrait conduire à une majoration de la CRDS.⁴⁵

A. Les limites de la loi HPST

La loi « Bachelot » suscite de nombreux espoirs qui ont cependant leurs limites. La loi HPST devrait permettre de procéder aux restructurations nécessaires. Les outils que constituent les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération devraient y contribuer.⁴⁶ Néanmoins force est de

⁴⁵ Rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2007 p. 22.
http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2007/hcaam_rapport2007.pdf

⁴⁶ Rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, juillet 2008, p.9.

constater une privatisation rampante de notre protection sociale. Certaines prévisions tablent sur une part de 20 % du PIB pour la santé dans les pays développés d'ici 20 à 25 ans. Ces prévisions s'appuient d'abord sur les évolutions passées. On est ainsi passé en 40 ans de 4 à 5 % du PIB aux alentours de 8 à 10 %⁴⁷. Soixante ans après l'ordonnance du 4 octobre 1945, le constat s'impose : l'assurance maladie constitue un de nos grands succès collectifs. En offrant un très large et égal accès aux soins, elle a joué, outre son rôle proprement sanitaire, une importante fonction de cohésion sociale. C'est aujourd'hui un de nos biens communs les plus précieux. Or le niveau et la dynamique de ses dépenses la placent désormais en situation de grave difficulté. Jamais il n'a paru aussi indispensable, urgent et ardu d'en préserver l'avenir⁴⁸. Il n'est plus possible dans cette période difficile de maintenir la situation en l'état. Il faut améliorer le fonctionnement du système de soin et la coordination des professionnels. L'assurance maladie ne peut plus se contenter d'être un simple dispositif de paiement pour des soins qui s'organiseraient tout seuls mais doivent porter aussi sur l'organisation du système de soins.

Sans remettre en cause l'universalité de la couverture, des choix doivent être fait. L'offre de soins est plus riche et variée qu'autrefois, et la demande de biens médicaux croît sans cesse. Or tout ce qui est proposé n'est pas à mettre sur le même pied, tout n'a pas la même qualité, tout n'a pas la même pertinence pour bien soigner. « *Le système de financement s'épuiserait à vouloir couvrir sans aucun tri tout ce que les industries et professions de santé peuvent offrir. Plus grave encore, il épuiserait les possibilités de redistribution de la richesse collective sur beaucoup d'autres besoins sociaux essentiels* »⁴⁹.

http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2008/hcaam_rapport2008.pdf

⁴⁷ GUILLAUME (M.) sous la direction, « Economie de la santé : une réforme ? Non, une révolution » sous la direction de, éditeur PUF, octobre 2007, p.14

⁴⁸ <http://www.senat.fr/rap/a03-425/a03-425.html>

⁴⁹ <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i1617-t2.asp>

Structurer davantage le fonctionnement du système de soins, mesurer la qualité et l'utilité de ce que l'on rembourse, entrer dans des démarche d'évaluation des pratiques et de certification, c'est tout simplement mieux soigner. Renforcer la solidité des régimes d'assurance maladie, ce n'est pas simplement perpétuer le système en jouant sur les niveaux de prélèvement et de remboursement, mais offrir beaucoup mieux en termes d'étendue, de technicité et de professionnalisme des soins, en rappelant que le malade est le cœur du système de santé. *« En définitive, ce qui est en jeu aujourd'hui n'est rien d'autre que de trouver un chemin de développement durable pour notre système de solidarité. Le développement durable n'est pas, on le sait, le refus de la croissance – en l'espèce, de la croissance des dépenses de santé – mais le refus d'une croissance dépourvue de sens, qui dilapide ses ressources et se détruit elle-même ⁵⁰ ».*

Le système doit être demain, à la fois financièrement assaini et de meilleure qualité sanitaire, dès lors qu'il aura pérennisé un financement équitable et viable sur le long terme, qu'il aura les outils de discernement du service rendu et qu'il s'en servira effectivement.

Deux orientations doivent être absolument écartées. La première est qu'il ne serait pas convenable d'avoir recours systématiquement à l'endettement, qui est inacceptable moralement dans la mesure où les générations de nos enfants n'ont pas à payer nos dépenses courantes. Cela est problématique sur le plan financier car l'endettement se nourrit par lui-même, les charges financières venant grever le déficit courant. *« Elles représenteraient alors 20% du déficit de l'année 2020⁵¹ ».* La seconde, serait une forme de rationnement des soins qui s'instaurerait devant la difficulté de lever de fortes recettes ou celle d'augmenter massivement le ticket modérateur. Les contraintes sont considérables car s'en remettre à la seule augmentation des recettes aboutirait à doubler la CSG. *« Son taux passerait de 5,25 à 10,75 points à l'horizon 2020, soit un prélèvement supplémentaire de*

⁵⁰ http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2004/rapport_hcaam_p0.pdf

⁵¹ http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2004/rapport_hcaam_p0.pdf

66Md€⁵² ». Pour couvrir le déficit à l'horizon 2020 sans recettes nouvelles, « *il faut diminuer de 21 points le taux de prise en charge dans les régimes de base où il passerait de 76 à 55% de la dépense de santé* »⁵³. Une dégradation de ce type impliquerait notamment qu'on touche durement aux régimes d'exonération des assurés qui supportent les plus grosses dépenses. Le Haut Conseil⁵⁴ estime que si l'action simultanée sur plusieurs leviers doit évidemment être envisagée, il faut, au tout premier ordre, faire porter des efforts résolus sur la maîtrise des dépenses injustifiées et l'optimisation de l'offre de soins, seuls à même de desserrer l'étau financier et d'apporter des solutions durables à l'équilibre du système⁵⁵. D'ailleurs, l'opinion publique n'acceptera pas des efforts financiers supplémentaires si, parallèlement, elle demeure persuadée que le système de soins, dont elle critique les abus et le gaspillage, n'est pas réexaminé en profondeur.

Face à de telles contraintes, pouvoir conserver un système d'assurance maladie solidaire et raisonnable en prélèvements passe par l'addition de plusieurs actions. Il faut tout d'abord améliorer le fonctionnement du système de soins et de protection sociale pour assurer les meilleures conditions de qualité et de sécurité et garantir l'efficacité des recettes de l'assurance maladie.

Il y a donc urgence à mettre en place une action méthodique et résolue pour réorganiser le système de soins autour d'un meilleur rapport qualité/prix, et une

⁵² http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2004/rapport_hcaam_p0.pdf

⁵³ Ibid.

⁵⁴ Le Haut Conseil a pour missions, selon les termes du décret du 7 octobre 2003 qui l'a créé : « d'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions ; de décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et d'apprécier les conditions requises pour assurer leur viabilité à terme ; de veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable ; de formuler, le cas échéant, des recommandations ou propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de solidarité financière et de cohésion sociale. » Ce décret précise également que le Haut Conseil remet tous les ans aux ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie un rapport analysant la situation de l'assurance maladie et proposant les adaptations nécessaires pour assurer ses objectifs de cohésion sociale et son équilibre financier. Ce rapport est communiqué au Parlement et rendu public.

⁵⁵ http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/pdf/rapport.pdf

meilleure réponse aux besoins de la population. « *Les solutions et les marges existent au jugement de la plupart des partenaires sociaux et médicaux qui jugent avec une grande sévérité les dérives d'un système mal régulé et mal gouverné. Ils diffèrent certes sur l'ampleur de la désoptimisation du système, les raisons de ces dérives et les méthodes adéquates pour les cantonner dans un premier temps, les résorber ensuite. Mais l'objectif semble unanimement partagé* ». « *Le Haut Conseil considère que malgré la difficulté d'en chiffrer l'exact montant a priori, les gisements de qualité et de productivité dans l'organisation des soins représentent des marges qui permettraient de desserrer très substantiellement la contrainte financière à laquelle il faut faire face, à court et moyen terme* ⁵⁶ ».

- B.** La nécessaire mise en place une gestion critique du champ des services pris en charge par l'assurance maladie et l'orientation vers la qualité, du système de soins et de remboursement face au malade

La diversité des actes, biens et produits médicaux, et leur rapide renouvellement dus aux progrès technique, obligent à faire des choix. Or aujourd'hui, ces choix sont trop rares et, lorsqu'ils ont lieu, ils sont souvent implicites, peu transparents et incompris.

Si l'on met à part le critère de sécurité, qui doit être vérifié indépendamment de toute problématique de remboursement, l'assurance maladie ne doit, en premier lieu, assurer que le remboursement de biens et services qui ont fait la preuve de leur efficacité. Celle-ci, qui s'apprécie selon des critères objectifs élaborés et reconnus par la communauté scientifique, devrait constituer une condition minimale pour toute prise en charge.

56 http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/pdf/rapport.pdf

L'efficacité, comme la sécurité, est souvent fonction du contexte médical dans lequel l'acte est effectué ou le produit administré (situation médicale du patient, formation spécifique et entraînement du praticien, sécurité de l'environnement de travail, etc.). Parmi les différentes questions à se poser avant de prendre en charge un acte ou un produit, il faut insister sur l'arbitrage d'efficacité qui fait intervenir le coût. C'est une appréciation médico-économique qui consiste à mesurer si l'efficacité ou l'utilité médicale de l'acte ou du produit justifient les dépenses supplémentaires qu'il entraîne⁵⁷.

L'orientation vers la qualité, du système de soins et de remboursement face au malade justifie la dépense de soins, et donc le bien fondé de son remboursement, ce n'est pas le fait que l'acte soignant se trouve référencé dans un « panier » statique de biens et services remboursables, mais le fait que cet acte sera effectué de manière pertinente, dans un contexte de soins précis. Or l'organisation du système de soins et les mécanismes de prise en charge par l'assurance maladie ne sont pas suffisamment orientés vers cette recherche de pertinence médicale. La collectivité est pourtant en droit d'attendre de son système de soins un très haut degré de qualité, c'est à dire une pratique toujours conforme à l'état des connaissances scientifiques et techniques, et exécutée dans des conditions optimales de sécurité. Cette exigence, qui s'impose déjà pour n'importe quelle prestation de services, est particulièrement aiguë en matière de santé. Quand il s'agit de soigner, la non-qualité est tout simplement inadmissible.

Cette recherche de qualité doit être un moteur. Ce qui est en cause, c'est le fonctionnement et l'organisation d'un système. C'est par des progrès dans

57 Par exemple, il peut être justifié de promouvoir un produit nouveau qui n'apporte pas d'amélioration du service médical rendu, mais qui réduit le coût du traitement. De même, ce n'est pas parce qu'il existe sur le marché un test de d'analyse biologique ou un examen extrêmement coûteux permettant de diminuer de manière infime la survenance d'un risque qu'il faut forcément le prendre en charge. Car cela risque de se faire au détriment d'autres besoins, les ressources financières n'étant jamais illimitées. Il faut être capable de poser les questions de hiérarchie des priorités et d'effectuer les arbitrages.

l'organisation du système de soins que l'on permettra à tous ses acteurs d'assurer pleinement cette exigence de qualité. Ceux et celles qui choisissent d'exercer une profession sanitaire ne le font pas par hasard. Il faut les consulter, et s'appuyer sur les compétences, le vécu, l'expérience des professionnels de santé pour décider avec eux les instruments, les règles et les contrôles qu'il faut mettre en place pour leur permettre d'exprimer le souci d'excellence et de qualité qui anime l'immense majorité d'entre eux. Le rapport COUANAU⁵⁸, préalable à « Hôpital 2007 » était censé jouer ce rôle. Il est remarquable. Qui s'en souvient ?

C. Les principes d'efficacité qui doivent guider le système de soins

Il doit améliorer ses performances, non seulement par une recherche de qualité, mais aussi par l'efficacité dans l'emploi des moyens. Mobiliser les justes compétences aux justes niveaux, utiliser les ressources sans excès inutiles, et savoir aussi guider le malade dans son accès et son cheminement au sein de l'univers soignant doivent être les objectifs. Le système de soins doit s'inspirer des méthodes de bonne gestion qui valent partout ailleurs⁵⁹.

Ce qui fait la difficulté d'un tel objectif du fait de l'extrême diversité des intervenants est en même temps une spécificité de notre système de santé. C'est un corps complexe, auquel chaque membre se rattache avec une légitimité propre : institutions publiques et privées qui participent au service public sanitaire proprement dit, autres établissements privés, professionnels libéraux ou salariés.

L'amélioration de l'efficacité doit ainsi être conduite de front et de manière concordante par l'ensemble des acteurs, aussi bien en milieu hospitalier que dans le domaine ambulatoire. Chacun sait que le statu quo est intenable, qu'il faut casser certains clivages et s'imposer des formes d'organisation plus exigeantes et permettant une prise de décision, notamment à l'hôpital, pour faire face aux défis

58 <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i0714.asp>

59 http://www.securite-sociale.fr/institutions/hcaam/rapport2004/rapport_hcaam_p0.pdf

démographiques et financiers qui se profilent. Dès lors, la lenteur des changements indispensables, et la pesanteur du système à se réformer, alimentent en retour l'inquiétude des professionnels et des assurés sociaux.

De plus, l'optimisation de la répartition des moyens sur le territoire est très en retard : « Nous devons admettre qu'en matière d'équipement hospitalier les redéploiements de moyens, et les multiples obstacles qui se dressent, pour freiner ou empêcher les recompositions qui entraînent des fermetures ou des fusions d'établissements ou de services, est beaucoup trop lent »⁶⁰. Certes, les réticences s'expliquent souvent par le fait que la fermeture d'un établissement ou la suppression d'un certain nombre de lits est perçue comme constituant un but en soi. Il faut affirmer que l'objectif n'est pas de réduire l'offre, mais de la recomposer, pour l'adapter aux vrais besoins de la population (par exemple en matière de lits de moyen et long séjour). Restructurer, ce n'est pas forcément faire disparaître. Cela peut être aussi redéployé, ou créer des structures nouvelles. Mais à condition de viser toujours une organisation plus utile et efficiente, en veillant notamment, à ce titre, à ce que les niveaux d'activités soient compatibles avec une sécurité et une qualité optimale des actes.

De ce point de vue, la carte hospitalière française est, à l'évidence, loin d'avoir achevé les transformations nécessaires. C'est le cloisonnement existant entre l'activité médicale hospitalière et ambulatoire qui constitue le plus grand obstacle à une bonne recomposition de l'offre. Il n'y a pas une articulation optimale, entre les structures hospitalières et l'offre médicale et soignante « de ville »⁶¹.

60 http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/pdf/rapport.pdf

61 Ainsi par exemple, l'hôpital est vraisemblablement plébiscité, non seulement pour des motifs financiers (taux de couverture et dispense d'avance de frais), mais aussi et peut-être surtout parce qu'il est d'accès simple et permanent (sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre). Toute recomposition suppose, par conséquent, qu'on sache aussi organiser de manière efficace une prise en charge libérale de la permanence des soins.

« Il y a nécessité à regrouper les plateaux techniques et notamment l'activité obstétricale et chirurgicale très consommatrice de ressource médicale. Les opérations de restructuration sont facilitées par la promotion de la coopération hospitalière, la valorisation récente de la gériatrie et des soins palliatifs facilitent les initiatives locales cherchant à structurer et pérenniser une offre publique dans chaque territoire de santé ou encore la définition de normes qui garantissent la qualité de certaines activités de soins. Elles devraient être facilitées également par la reconnaissance de la participation des établissements privés à des missions d'intérêt général »⁶²

62 Rapport du Haut conseil pour l'assurance maladie, juillet 2007, pp. 80-81.