

Finances Hospitalières

LA LETTRE DES DECIDEURS ECONOMIQUES ET FINANCIERS DES HÔPITAUX

MENSUEL JANVIER 2023 N°175

ÉDITORIAL

« *Les aubes sont navrantes* » : une année 2023 remplie d'interrogations pour le monde hospitalier

Vague de bronchiolite, vague de grippe hivernale et énième vague de Covid-19 : les établissements hospitaliers sont confrontés de manière brutale à une conjonction d'urgences en plein hiver 2022 – 2023.

Cette entame délicate de la nouvelle année ne saurait masquer les multiples interrogations financières auxquelles le monde hospitalier est en proie pour 2023 et pour les années suivantes.

D'abord, cette interrogation lancinante sur la fin de la garantie de financement - soupape de sécurité pour les établissements hospitaliers pendant trois années - au regard d'une reprise d'activité en médecine, chirurgie et obstétrique timide et en retrait par rapport à son niveau de pré-crise.

Ensuite, des inquiétudes sur le manque de lisibilité du calendrier et des conséquences des réformes de financement sectorielles, à l'exemple de la psychiatrie et des SSR, l'impact des nouveaux modes de financement (urgences, qualité, hôpital de proximité) n'étant lui aussi pas encore clairement évalué.

Enfin, une inflation anticipée à deux chiffres pour les biens et services, voire à trois chiffres pour les énergies : quels déséquilibres les établissements de santé pourront-ils supporter sur les charges de fonctionnement et d'investissement, au risque d'annihiler leur capacité de financement et donc leurs projets de recrutement et d'investissement ?

Au regard de ces interrogations financières, le monde hospitalier doit continuer - en même temps - à faire face aux défis de l'attractivité et de la fidélisation du personnel médical et du personnel non médical, en particulier soignant, sur un marché du travail fortement concurrentiel. Les rencontres de l'ADH en juin 2022 ont, à juste titre, mis en lumière l'humain au cœur des échanges. Il n'est en effet de vraie richesse que de femmes et d'hommes à l'hôpital.

En outre, les défis annoncés de l'intelligence artificielle et du développement durable à l'hôpital, reflets des problématiques de la société moderne, ne peuvent pas être éludés. Ils sont cruciaux pour que le monde hospitalier ne rate pas « la marche de l'histoire ».

« *Les aubes sont navrantes* » : ce vers d'Arthur Rimbaud trouve une résonance particulière à la lecture des interrogations financières soulevées plus haut, au regard des enjeux de taille pour les années, voire les décennies à venir. Ces interrogations financières et enjeux sociétaux et économiques du monde hospitalier s'inscriront de pair - nous l'espérons - avec les espoirs portés dans la réforme du système de santé, en particulier dans la coopération avec la médecine de ville.

Pirathees SIVARAJAH

Directeur des finances

GHRMSA (Groupe hospitalier régional Mulhouse Sud-Alsace)

SOMMAIRE

FINANCEMENT & FACTURATION

Croissance et niveau des dépenses de protection sociale p2

PLFSS 2023: un redressement de comptes annoncé qui s'appuie sur des recettes en hausse et sur une maîtrise des dépenses p6

La réforme du financement des urgences, refondation ou recommencement ? p9

PERFORMANCE

Un système à bout de souffle qui doit laisser place à une nouvelle organisation : Le Parcours Patient . p14

JURIDIQUE

Coopérations entre établissements publics de santé et médecins libéraux : une transaction peut-elle prévenir un contentieux d'autorisations ? p17

Publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 p20

VEILLE DOCUMENTAIRE / AGENDA

..... p22 ; p28

PRESTATIONS SOCIALES

Croissance et niveau des dépenses de protection sociale

Les dépenses de protection sociale recouvrent le champ de l'ensemble des prestations sociales, en espèces ou en nature, financées par l'ensemble des administrations publiques (sécurité sociale, Etat et collectivités locales) et par les organismes privés (mutuelles, sociétés non financières et associations sans but lucratif).

Le problème posé par la croissance et le niveau de ces dépenses peut être analysé à partir d'un tableau d'ensemble distinguant, d'une part, les prestations sociales contributives financées majoritairement par les cotisations sociales des employeurs et des salariés, d'autre part, les prestations sociales non contributives financées exclusivement par l'impôt.

Paul HERNU

Conseiller Maître honoraire de
la Cour des comptes

LE TABLEAU D'ENSEMBLE DES DÉPENSES DE PROTECTION SOCIALE

Ce tableau est tiré de la dernière publication de 2021 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques relevant du ministère en charge de la santé, intitulée : « La protection sociale en France et en Europe ».

(Montants en millions d'euros en 2020)

	Prestations contributives		Prestations non contributives		Total	
	Montant	%	Montant	%	Montant	%
Maladie	227 538	33,6	0	0	227 538	28,0
Dont : établissements de santé	91 514	13,5	0	0	91 514	12,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	6 497	1,0	0	0	6 497	0,8
Invalidité	11 944	1,8	32 009	23,5	43 953	5,4
Veillesse et survie	337 181	49,8	16 032	11,8	353 213	43,4
Famille	16 645	2,4	39 069	28,7	55 714	6,8
Emploi	77 496	11,4	0	0	77 496	9,5
Logement	0	0	16 809	12,4	16 809	2,1
Pauvreté et exclusion sociale	0	0	32 133	23,6	32 133	4,0
TOTAL	677 301	100	136 052	100	813 353	100

La croissance et le niveau des prestations de protection sociale en France

Avec un montant total de 813 353 M€ en 2020, les dépenses concernant l'ensemble des prestations de protection sociale ont représenté 35% du PIB, contre 14% en 1959. Ce très haut niveau atteint en 2020 s'explique partiellement par l'importance des dépenses de maladie engendrées par la crise sanitaire. Toutefois, avant cette dernière, en 2019, le total des dépenses de protection sociale atteignait 31% du PIB, soit 17 points de PIB en plus en soixante ans par rapport à 1959.

La comparaison du niveau des prestations de protection sociale dans l'Union européenne

Si on prend en compte le montant net des dépenses de protection sociale obtenu après soustraction des prélèvements sociaux et fiscaux qui leur sont appliqués, la France occupait en 2018, selon les dernières données disponibles, avec 29,6% du PIB, la première place au sein de l'Union européenne, devant la Finlande (26,4%) et l'Autriche et l'Allemagne (25,7%), la moyenne européenne s'élevant à 25%.

La répartition du financement des prestations de protection sociale

La très forte croissance et le haut niveau des dépenses de protection sociale en France résultent, à la fois des prestations sociales dites « contributives », d'un montant total de

677 301 M€ et des prestations sociales dites « non contributives » d'un montant total de 136 052 M€ représentant, respectivement, en 2020, 83,3% et 16,7% du total des dépenses d'un montant de 813 353 M€.

Le total de 813 353 M€ est financé à hauteur d'environ 745 000 M€, soit 92%, par les administrations publiques et de 68 000 M€, soit 8%, par les organismes privés.

Parmi les prestations financées par les administrations publiques, la sécurité sociale en prend en charge 77,7%, l'Etat 17,6% et les collectivités locales (CCAS et CIAS) 4,7%.

Les prestations financées par les organismes privés le sont à 39,7% par des mutuelles et à 60,3% par des sociétés non financières ou des associations à but non lucratif.

L'ANALYSE DES PRESTATIONS DE PROTECTION SOCIALE PRINCIPALEMENT CONTRIBUTIVES.

La composition des prestations principalement contributives

Les prestations ici présentées comme principalement contributives sont celles qui sont financées majoritairement pas les cotisations sociales acquittées par les employeurs et les salariés et minoritairement par les impôts et taxes affectés à leur couverture.

En 2020, ces prestations, comportant celles financées par l'assurance maladie et par l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que celles en matière d'emploi pour la formation ou l'insertion professionnelle des demandeurs d'emploi ou des préretraités, présentaient un total de 311 531 M€, dont 227 538 M€, soit 73%, étaient couvertes par l'assurance maladie.

Les prestations financées par l'assurance maladie

Les prestations de l'assurance maladie sont passées de 204 382 M€ en 2016, à 218 200 M€ en 2019, soit une croissance de 6,8%.

Dans le même temps, les dépenses des établissements de santé, publics et privés, sont passées de 81 110 M€ en 2016, à 85 634 M€ en 2019, soit une croissance sur la période de 5,6 %.

Par l'effet de la crise sanitaire, les dépenses de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, ont atteint 91 514 M€ en 2020, soit 12,8% de plus qu'en 2016, contre + 11,3% pour l'ensemble de dépenses de l'assurance maladie sur la même période.

Il est à noter qu'au cours de la même période, le montant des prestations de soins des établissements publics de santé a progressé de 14,2%, contre 6,9% pour les établissements de santé privés.

Les prestations de protection sociale pour l'emploi

Les prestations de protection sociale pour l'emploi ont progressé de 44 242 M€ en 2016, à 46 048 M€ en 2019, soit + 4,1% sur la période, dont + 18,6% pour la formation et l'insertion professionnelle et + 2,6% pour les demandeurs d'emploi et les préretraités, qui sont passées de 40 071 M€ en 2016 à 41 099 en 2019.

En 2020, par l'effet de la crise sanitaire, les dépenses pour l'emploi ont bondi à 77 496 M€, soit + 68 % par rapport à 2019, du fait notamment des prestations pour chômage partiel qui sont passées de 48 M€ en 2019, à 27 397 M€ en 2020.

L'ANALYSE DES PRESTATIONS DE PROTECTION SOCIALE, À LA FOIS CONTRIBUTIVES ET NON CONTRIBUTIVES

Les prestations pour invalidité

En 2020, le montant des prestations contributives s'élève à 11 944 M€, soit 1,8% de leur total et celui des prestations non contributives atteint 32 009 M€, ce qui représente 23,5% de celles-ci.

L'ensemble des prestations d'invalidité, contributives et non contributives, s'élève ainsi à 43 953 M€, soit 5,4% du total des prestations de protection sociale.

Les prestations contributives comprennent notamment les pensions et les rentes d'invalidité à hauteur de 9 607 M€.

Toutes les prestations non contributives, à hauteur de 32 009 M€, sont composées des allocations en espèces versées aux adultes handicapés, et des prestations en nature, bénéficiant notamment à l'accompagnement et à l'hébergement des personnes handicapées.

Les prestations de vieillesse et de survie pour les personnes âgées

Le montant, en 2020, des prestations contributives s'élève à 337 181 M€, soit 49,8% de leur total et celui des prestations non contributives, avec 16 032 M€, en représente 11,8%.

Les prestations de vieillesse et de survie dans leur ensemble, contributives ou non contributives, présentent un total de 353 213 M€ et comptent pour 43,4% dans le total des prestations de protection sociale.

Les prestations contributives comprennent les pensions de retraite de base, complémentaires et d'invalidité versées par les différents régimes de sécurité sociale et les caisses de retraite complémentaire, pour un montant total de 297 023 M€ en 2020, contre 272 177 M€ en 2016, soit une progression sur la période de 9,1%.

Parmi les principales prestations non contributives, on peut relever, notamment, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), d'un montant de 6 207 M€, le minimum vieillesse pour 3 827 M€ et les prestations pour l'hébergement des personnes âgées pour 2 031 M€.

Le total des prestations de retraite et du minimum vieillesse a ainsi représenté un montant de 300 850 M€ en 2020, soit près de 13% du PIB. Ce montant est en croissance de 9,3% par rapport à 2016 où il s'élevait à 275 188 M€ et où il représentait 12,3% du PIB.

Les prestations de protection sociale consacrées à la famille

En 2020, le montant des prestations contributives s'élève à 16 645 M€, soit 2,4% de leur total et celui des prestations non contributives à 39 069 M€, ce qui représente 28,7% de celles-ci.

Les prestations contributives comprennent les allocations familiales financées en totalité par les cotisations sociales des employeurs à hauteur de 12 732 M€ en 2020, les autres dépenses étant constituées par les crédits d'impôt aux familles pour 1 721 M€ et les autres prestations accordées à celles-ci sous forme notamment d'actions collectives des caisses d'allocations familiales pour 2 192 M€.

En 2020, les prestations non contributives ont concerné, notamment, les prestations liées à la garde d'enfants pour 14 341 M€, les prestations assurées par l'aide sociale à l'enfance pour 8 552 M€, les prestations liées à la maternité pour 3 910 M€ et les prestations liées à la scolarité d'un montant de 3 725 M€.

Parmi les prestations non contributives, il est à noter que celles liées à la garde d'enfants dans les familles originelle ou d'accueil, passant de 15 405 M€ en 2016, à 14 341 M€ en 2020, ont diminué de 6,9%, dans le même temps où celles assurées par l'aide sociale à l'enfance, consacrées notamment à l'accueil, l'hébergement et l'accompagnement des enfants ou adolescents dans des établissements, passant de 7 393 M€ en 2016, à 8 552 M€ en 2020, ont progressé de 15,7%, ce qui traduit des difficultés éducatives accrues de la part des familles originelles.

L'ANALYSE DES PRESTATIONS DE PROTECTION SOCIALE EXCLUSIVEMENT NON CONTRIBUTIVES

Ces prestations entièrement non contributives ont trait aux prestations de protection sociale en matière de logement et pour faire face à la pauvreté et à l'exclusion sociale.

Les prestations en matière de logement

D'un montant total de 16 809 M€ en 2020, ces prestations ont représenté 12,4% du total des prestations non contributives et 2,1% du total des prestations de protection sociale.

Viennent en tête de ces prestations, l'aide personnalisée au logement d'un montant de 7 292 M€ et l'allocation de logement sociale pour 5 352 M€, suivie de l'allocation de logement familiale pour 3 986 M€.

Les prestations de protection sociale visant à faire face à la pauvreté et à l'exclusion sociale.

En 2020, ces prestations ont totalisé un montant de 32 133 M€, représentant 23,6% du total des prestations non contributives et 4% du total des prestations de protection sociale.

Ces prestations comprennent notamment, dans un ordre décroissant, le revenu de solidarité active pour 12 581 M€, la prime d'activité pour 9 918 M€, les prestations liées à l'hébergement pour 2 768 M€, les prestations d'action sociale versées par les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale pour 2 095 M€ et l'aide exceptionnelle de solidarité versée exceptionnellement en 2020 aux artisans et commerçants dont l'activité était gravement affectée par la crise sanitaire pour 2 018 M€.

Il est à noter que, de 2016 à 2019, les prestations liées à la pauvreté et à l'exclusion sociale, sont passées de 22 025 M€, à 28 682 M€, en croissance de 30,2%, leur montant atteignant, hors l'aide exceptionnelle de solidarité précitée, une somme de 30 115 M€ en 2020, soit une progression assez explosive de 36,7% de 2016 à 2020.

LA PLACE DES PRESTATIONS DE PROTECTION SOCIALE DANS L'ENSEMBLE DES DÉPENSES PUBLIQUES.

La place des prestations de protection sociale financées par les administrations publiques constituées par les administrations de sécurité sociale, l'Etat et les collectivités locale n'a cessé de progresser, dans le moyen et le long terme, au sein des dépenses publiques, comme le montre le tableau ci-après.

Evolution en % du PIB de la part des prestations de protection sociale financées par les administrations publiques dans le total des dépenses publiques.

	1990	2019	2020
Dépenses de protection sociale	23%	28%	32%
Autres dépenses publiques	27 %	27%	29%
Total des dépenses publiques	50%	55%	61%

En dehors de l'année 2020, biaisée par le « quoi qu'il en coûte » commandé par les effets de la crise sanitaire, l'ensemble des dépenses de protection sociale financées par les administrations publiques a progressé de 5 points de PIB sur une période de trente années, contribuant ainsi à augmenter, à même hauteur, la part déjà élevée du total des dépenses publiques dans le PIB, qui a augmenté également de 5 points sur la même période, ce qui place la France en tête des pays européens.

Ainsi, en 2021, la part des dépenses publiques de la France dans le PIB est redescendu à 59,2%, après 61% en 2020, mais situe la France à 6,8 points au-dessus de la moyenne des pays de la zone euro et à 7,7 points au-dessus de l'Allemagne, notre principal partenaire au sein de cette zone.

Dans le contexte actuel de réforme prévue des régimes de retraite, il paraît utile et opportun d'avoir à l'esprit le problème posé par la croissance et le niveau des dépenses relatives aux prestations de protection sociale.

Le niveau atteint par ces dépenses et l'importance des déficits de l'Etat et des régimes sociaux portent cette exigence, dans le domaine de la gestion de la protection sociale, face aux risques accrus de compromettre la soutenabilité de nos finances publiques du fait du vieillissement de la population, de l'augmentation de la dépendance des personnes âgées, de l'extension de la précarité affectant jusqu'aux salariés les plus modestes, de l'importance grandissante des dépenses liées aux handicaps et de la mise à niveau nécessaire des moyens alloués aux hôpitaux publics.

Au-delà du domaine de la gestion de la protection sociale, d'autres secteurs appelleront un effort financier dans les années à venir, tels ceux pour la défense, la sécurité, l'éducation et la transition écologique.

Pour faire face à tous ces besoins et ne pas rendre insoutenable l'endettement public, face à une croissance économique qui s'annonce très faible dans les années à venir, des réorganisations de certains services publics et une recherche de plus grande efficacité des dépenses publiques, y compris dans les services en charge de la protection sociale au sens large, paraissent indispensables.

PLFSS 2023: un redressement de comptes annoncé qui s'appuie sur des recettes en hausse et sur une maîtrise des dépenses

La crise sanitaire liée à l'épidémie de coronavirus avait fortement dégradé les comptes en 2020^[1]. Si la situation financière s'est nettement améliorée en 2021 et en 2022, elle reste toutefois déficitaire s'agissant de la projection pour les années futures. Cette amélioration s'appuie sur des recettes liées à un rebond de l'activité. Ainsi, le *Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale* (PLFSS) pour 2023^[3] qui vient d'être voté met en lumière la poursuite des redressements des comptes sociaux sans pour autant afficher une transformation des mécanismes^[4] nécessaire à la crise que connaît notre système de santé.

Karim AMRI

Directeur d'Hôpital

Expert en gestion Hospitalière^[1]
KA Conseil

[1] Auteur du livre *Fiabilisation et certification des comptes à l'Hôpital*, Ed. Infodium.

[2] Cf. Article Karim AMRI, « La LFSS 2022 et les perspectives financières de long terme pour l'assurance maladie et les Hôpitaux » – Finances Hospitalières, Décembre 2021

[3] <https://www.securitesociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2023/ECO2225094L%20Bleue%201.pdf>

[4] Cf. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) qui s'était prononcé dans son avis du 22 avril 2021 en faveur d'un scénario de rupture qui d'une part, structure une offre d'acteurs en réseau permettant d'apporter avec des moyens renforcés en proximité une réponse de qualité à l'ensemble des besoins de santé et, d'autre part, consolide les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence.

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_regulation_hcaam_avril_2021.pdf

[5] Cf. notamment Rapport de la Cour des comptes, publié en 2020 à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat : « les principaux organismes sociaux ont détecté en 2019, 1 milliard d'euros de préjudices subis ou évités au titre de fraudes avérées ou suspectées »

Dans un contexte marqué par la poursuite du rebond de l'activité et par une inflation élevée, cette amélioration des comptes s'explique par une croissance soutenue des recettes de + 5,6 %. Malgré les coûts liés aux dépenses pour faire face à l'épidémie de Covid, en recul par rapport aux années précédentes, la croissance des dépenses serait plus contenue que celle des recettes à + 3,5 %.

En effet, le solde de la branche Maladie qui a atteint -26,1 milliards d'euros en 2021, devrait être de -21,9 milliards d'euros cette année. Cette nouvelle résorption partielle de son déficit en 2022, est à corréliser avec le repli des dépenses sanitaires de crise, 12,1 milliards d'euros (18,3 milliards d'euros en 2021), et à la progression des recettes de la branche, notamment des cotisations sociales et de la TVA qui est affectée à celle-ci, en raison d'un contexte d'inflation élevée.

Si la trajectoire de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2022 intègre 12,1 milliards d'euros de dépenses liées à la crise sanitaire (en net repli par rapport aux 18,3 milliards d'euros en 2021), le gouvernement estime que ces mêmes dépenses ne nécessiteront en 2023, qu'un seul milliard d'euros en provision.

En matière de dépenses, la progression hors dépenses de crise à + 5,6 % en 2022 et + 3,5 % en 2023 tient compte de la poursuite de la montée en charge du « Ségur » mais également de la revalorisation de 3,5 % du point d'indice de la fonction publique intervenue en juillet 2022 et de la compensation des effets de l'inflation sur les charges des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux (estimés à 2,2 milliards d'euros).

La progression tendancielle de l'ONDAM aurait dû atteindre 4,4 % l'an prochain du fait des effets liés au contexte d'inflation ainsi qu'à la montée en charge des mesures nouvelles en ville, à l'hôpital comme dans le secteur médico-social. Toutefois, le gouvernement a estimé à 1,7 milliard d'euros les mesures d'économies, en raison des mesures liées à la maîtrise médicalisée et la lutte contre la fraude^[5]. Par conséquent, l'atteinte du taux de progression est prévue in fine à 3,5 % hors crise, rendu possible par les mesures de régulation et les économies espérées.

A partir de 2023, le solde devrait ainsi se redresser plus nettement, à -7,1 milliards d'euros, sous l'effet de dépenses de crise attendues en très nette baisse (pour rappel seulement 1 milliard d'euros provisionnés). Ce solde tient compte de l'augmentation

de 0,6 milliard d'euros pour le doublement de la rémunération des heures de nuit à l'hôpital jusqu'au 31 mars 2023 et des heures supplémentaires allouées au secteur ainsi qu'aux dernières annonces du ministre de la Santé pour faire face à la crise de l'hôpital (pédiatrie, ...). 0,5 milliard d'euros en sus sont également réalloués en compensation des surcoûts liés à l'épidémie de Covid 19 pour les établissements de santé en 2022. L'amélioration du solde serait par ailleurs soutenue par le transfert pérenne du coût de 2 milliards d'euros des indemnités journalières liées au congé maternité post-natal.

Il est à noter le déficit de la branche autonomie qui s'élève à -0,4 milliards d'euros en 2022 du fait notamment de l'effet de l'extension des mesures de revalorisation salariale du « Ségur de la santé » aux personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (accords « Laforcade ») et des revalorisations issues de la conférence des métiers de l'accompagnement social et du médico-social. L'instauration d'un tarif plancher et d'une dotation en lien avec la qualité pour les services à domicile au profit des personnes en perte d'autonomie contribue à la hausse des dépenses, à hauteur de 8,8 % au global, quand les recettes ne progressent que de 6,7 %.

Ce déficit de la branche Autonomie devrait croître en 2023, à -1,2 milliards d'euros, avec un objectif global de dépenses porté respectivement à 5,1 % dans les champs des personnes âgées et à 5,2 % pour les personnes handicapées. Toutefois, la situation financière devrait s'améliorer à partir de 2024, grâce à la mesure de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. En effet, la branche Autonomie bénéficiera d'une fraction de CSG augmentée de 0,15 point supplémentaire de la part de la CADES^[6].

Ce transfert pourrait permettre à la *Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie* (CNSA) d'enregistrer un excédent de 0,8 milliard d'euros, qui lui permettrait de financer partiellement les 50 000 créations de postes annoncés à terme en Ehpad et de contribuer au financement de temps dédiés au lien social auprès des personnes âgées bénéficiant d'un plan d'aide à domicile (art. 75). Ces mesures nécessiteront en outre d'un complément de ressources estimé à plus d'1 milliard d'euros, qui ne fait l'objet pour l'heure d'aucune compensation...

Enfin, le champ du handicap devrait bénéficier de 730 millions d'euros supplémentaires pour s'inscrire dans les engagements pris lors de la dernière Conférence nationale de 2020^[7].

Par conséquent et comme annoncé précédemment, le taux de progression de l'ONDAM serait ramené dans une perspective pluriannuelle, à 2,7 % à partir de 2024 puis à 2,6 % en 2026... L'objectif est de pouvoir revenir à la trajectoire antérieure Covid d'avant 2020^[8] qui avait notamment induit des profonds changements dans les organisations de santé en vue de pouvoir encaisser le tendanciel incompressible des charges constatées au sein des organisations de santé^[9]...

[6] Cf. Karim AMRI, « Vers la création d'un cinquième risque » - Finances Hospitalières, Juill-Août 2020

[7] Personnes polyhandicapées, personnes handicapées vieillissantes, politique du handicap en outre-mer, prévention des départs en Belgique. La politique de détection précoce de l'autisme et des troubles du neuro-développement qui sera étendue aux 7-12 ans

[8] Cf. Karim amri, « La LFSS 2022 et les perspectives financières de long terme pour l'assurance maladie et les Hôpitaux » - Finances Hospitalières, Décembre 2021

[9] Cf. Notamment Avis n°HCFP du 19 septembre 2018 - 3 relatif aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2019 qui avait estimé à +4,5 % la hausse spontanée des dépenses d'une année sur l'autre. Ce taux risque d'être encore plus important du fait de l'impact de certaines mesures ainsi que suite à l'inflation constatée à fin 2022...

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2019	2020	2021	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)
Maladie								
Recettes	216,6	209,8	209,4	221,0	231,2	238,3	244,6	251,6
Dépenses	218,1	240,3	235,4	242,9	238,3	243,6	249,4	254,6
Solde	-1,5	-30,5	-26,1	-21,9	-7,1	-5,3	-4,8	-3,0
Accidents du travail et maladies professionnelles								
Recettes	14,7	13,5	15,1	16,2	17,0	17,7	18,4	19,1
Dépenses	13,6	13,6	13,9	14,2	14,8	15,1	15,5	15,8
Solde	1,1	-0,1	1,3	2,0	2,2	2,6	2,9	3,3

	2019	2020	2021	2022 (p)	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)
Famille								
Recettes	51,4	48,2	51,8	53,5	56,7	58,5	60,3	62,2
Dépenses	49,9	50,0	48,9	50,9	55,3	57,7	59,8	61,4
Solde	1,5	-1,8	2,9	2,6	1,3	0,8	0,5	0,8
Vieillesse								
Recettes	240,0	241,2	249,4	258,9	269,7	280,5	289,5	297,9
Dépenses	241,3	246,1	250,5	261,9	273,3	289,7	303,2	313,6
Solde	-1,3	-4,9	-1,1	-3,0	-3,6	-9,2	-13,7	-15,7
Autonomie								
Recettes			32,8	35,0	36,2	40,1	41,1	42,4
Dépenses			32,6	35,4	37,4	39,3	40,8	42,0
Solde			0,3	-0,4	-1,2	0,8	0,3	0,3
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés								
Recettes	509,1	499,3	544,2	569,6	593,2	616,8	635,5	654,4
Dépenses	509,2	536,5	567,0	590,3	601,6	627,1	650,3	668,8
Solde	-0,2	-37,3	-22,7	-20,7	-8,4	-10,3	-14,7	-14,4

Le droit syndical dans la Fonction Publique Hospitalière

Le nouvel ouvrage de référence pour bien comprendre le régime du droit syndical applicable dans la FPH et ses évolutions récentes.

A partir de l'ensemble des textes en vigueur et des décisions de jurisprudence.

Par Jacques LAFFORE - Préface de Carole Moniolle

Le droit syndical
dans la Fonction
Publique
Hospitalière

Jacques LAFFORE
Préface de Carole MONIOLLE

INFODIUM

Série RH

 **BON DE COMMANDE** - A retourner à Infodium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60

	HT	TTC
<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « <i>Le droit syndical dans la Fonction Publique Hospitalière</i> » par Jacques Laffore, 350 pages (ISBN 978-2-9559203-7-4) TVA : 5,5 %	71,09	75,00
Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	5,00	6,00
Total		

Mme, Mlle, M.

Nom : Prénom :

Établissement :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre
d'INFODIUM. Je recevrai une facture justificative.

A réception de facture (avec RIB)

Cachet / Signature

INFODIUM
EDITIONS

69, avenue des Ternes 75017 Paris
Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60
courriel : infodium@infodium.fr

URGENCES

La réforme du financement des urgences, refondation ou recommencement ?

Les urgences ont traversé de façon récurrente des mouvements sociaux ces dernières années revendiquant soutien financier et simplification des procédures. Le Pacte de refondation des urgences arrêté en décembre 2019 s'est voulu la réponse à une situation que malheureusement la crise sanitaire n'a fait qu'accentuer. Sans ce que ne soit réellement arrivée l'heure des bilans, ce début d'année 2023 permet que soient enfin réellement cernés les tenants et aboutissants d'une réforme qui ne demande qu'à produire ses effets.

La réforme du financement des soins d'urgence, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, était une nécessité, tant les règles préexistantes en la matière fragilisaient la situation économique et financière des services d'urgence. Ceux-ci, appartenant pour l'essentiel au secteurs public et privé non lucratif, accueillait en 2019 18 millions de patients dont le passage n'était pas suivi d'une hospitalisation. Le modèle de financement, mais aussi les cas de prise en charge, participaient alors de la fragilisation de l'équilibre économique de celui-ci.

Clémence ZACHARIE
Maître de conférences, IAE
Gustave Eiffel-UPEC

UN FINANCEMENT LAISSANT UNE TROP GRANDE PART À L'ACTIVITÉ

Le financement de la médecine d'urgence reposait en effet jusqu'en 2021 sur l'appréciation des volumes d'activité. Dès lors qu'un passage aux urgences n'était pas suivi d'hospitalisation, il était pris en charge au titre de l'assurance-maladie en distinguant trois postes. Tout d'abord, l'ensemble des actes de consultation et de biologie était facturé en application des tarifs conventionnels et correspondait environ à 44 % des remboursements opérés par l'assurance-maladie. À cela s'ajoutaient deux forfaits. Un premier forfait individuel, le forfait ATU, « accueil et traitement des urgences », d'un montant de 25 euros, s'appliquait à chaque passage aux urgences non suivi d'hospitalisation. La perception de celui-ci couvrait à elle seule 25 % des dépenses des services d'urgence prises en charge par l'assurance maladie. Le second forfait, le forfait annuel urgences (FAU), était quant à lui fonction du nombre de passages aux urgences lorsque ceux-ci n'étaient pas suivis d'hospitalisation. Un mécanisme de tranches permettait la charge des frais fixes de fonctionnement de la structure. Le financement était donc par principe complexe et peu lisible puisqu'il voyait se conjuguer tarification à l'activité et intervention au titre des missions de service public d'un financement par dotation ou par mission. Les SMUR relevaient par principe de l'application de financement par missions d'intérêt général. La confusion allait parfois d'ailleurs jusqu'à voir certaines de ces missions d'intérêt général financées par le Fonds d'Investissement Régional et non par les MIG... Mais au-delà de ces subtilités budgétaires, les mécanismes de financement des urgences soulevaient deux problèmes essentiels qu'étaient celui de la participation de l'utilisateur, mais aussi celui des effets de même du mécanisme de financement sur la prestation de soins.

La participation de l'utilisateur au financement de la prestation d'urgence non suivie d'hospitalisation est probablement ce qui a justifié en grande partie le principe de la réforme. Le principe d'un ticket modérateur de 20 % s'appliquait en effet aussi

bien aux prestations de consultation et de biologie qu'au forfait ATU. L'existence même de cette part due usager soulevait deux problèmes. Le premier est celui de la détermination du montant dû, non pas parce qu'il n'était pas susceptible d'être calculé, mais parce qu'il était difficile à anticiper par le patient qui ne pouvait ainsi appréhender en toute simplicité le coût réel d'un passage aux urgences. A titre d'exemple, le rapport du secrétariat général de la commission des comptes de la sécurité sociale précise que « *En 2019, 12% des passages aux urgences sans hospitalisation sont exonérés pour motif d'affection de longue durée, 10% pour un autre motif (femme enceinte, ce nourrisson de moins de 30 jours...) et 78% ne sont pas exonérés. Lors d'un passage aux urgences sans hospitalisation, un patient non exonéré paie en moyenne un ticket modérateur de 20,3 €. La moitié des patients sans exonération paient plus de 17,5 € et 1% plus de 58 €* ». Le deuxième était celui du recouvrement même de la somme exigible. En effet, les conditions mêmes de la prise en charge des urgences empêchaient la plupart du temps qu'un enregistrement efficace ne soit pratiqué, et qu'ainsi en l'absence d'une facturation immédiate, les établissements soient contraints d'envoyer une facture à domicile, qui, dans 70 % des cas, ne faisait pas l'objet de recouvrement. Le passage aux urgences apparaissait donc pour beaucoup comme totalement gratuit, ce qui ne fut jamais le cas, mais reposait surtout sur un financement réellement incompréhensible et dont les modalités de calcul empêchaient la compréhension de la répartition des financeurs dans la prise en charge.

LES EFFETS PERVERS DE FEU L'ATU

L'ATU n'était donc pas le moyen le plus efficace et le plus lisible de compréhension du financement des urgences. Mais il était surtout un outil peu vertueux faisant reposer la santé financière des urgences sur l'activité. L'intérêt du service était la production d'un volume d'actes, la chose est indéniable, quitte à générer des prises en charge peu pertinentes ou qui auraient à l'inverse justifié la réorientation en médecine de ville, telle qu'elle a été expérimentée à partir de 2019 (voir *Arrêté du 23 février 2021 abrogeant l'arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence et fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs*). Bien plus, alors que la réorientation et la redynamisation de la médecine de ville apparaissent depuis de nombreuses années comme étant une nécessité pour garantir une maîtrise de bon nombre de dépenses hospitalières indues, il apparaît clairement que pour les établissements, la réorientation naissante risquait de constituer un outil d'appauvrissement. L'accroissement permanent des passages aux urgences permettait la dynamisation du financement des structures, notamment lorsqu'il s'agissait de prises en charge légères qui, dans les faits, se trouvaient sur-financées. La tarification selon les modalités du forfait reposait sur une péréquation largement favorable au financement des cas les plus simples. Concrètement, la Cour des Comptes, dans son rapport annuel de 2019, exposait clairement combien le transfert des passages aux urgences vers la médecine de ville était susceptible « d'appauvrir » l'hôpital. Evoquant le cas de l'hôpital Robert Debré, la Haute juridiction faisait état d'une diminution de 2,3 M€ de ses ressources liées au transfert vers la médecine de ville de 20 000 passages annuels, alors même que l'établissement conservait la charge de la gestion des cas lourds, sous évalués dans leur prise en charge (Cour des comptes, « *Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités* », *Rapport public annuel*, 2019, p.11).

Mais au-delà de la question des difficultés soulevées par une tarification à l'activité s'est rapidement posée celle de l'adaptation de ce mode de financement uniforme aux spécificités de chaque établissement. Le rôle de l'hôpital et notamment de son service d'urgence n'était en effet pas le

même selon que celui-ci se situait au sein d'un bassin de population et d'un territoire sous dotés en praticiens libéraux, ou que celui-ci se situait au sein d'un territoire sur doté. Il est rapidement apparu que le cadre d'implantation de l'établissement détermine le rapport de la population concernée aux urgences au point qu'il faille nécessairement en tenir compte. Plus qu'un financement uniforme s'est imposé progressivement celui d'un infléchissement populationnel des financements afin de soutenir ceux des établissements les plus impliqués dans la substitution à la médecine de ville. Bien plus, l'idée d'un « financement combiné » sera au cœur du Pacte de refondation des urgences selon un modèle pour l'essentiel équilibré. Le rapport Aubert de 2019, source d'inspiration évidente pour la réforme, était largement favorable au principe d'un financement combiné permettant la conjonction de la tarification à l'activité, d'une dotation populationnelle et de la valorisation de la qualité (J.-M. Aubert, *Rapport final. Modes de financement et de régulation*, 2019).

L'INSTAURATION DU FINANCEMENT COMBINÉ

La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2020 va donc introduire un article L.162-22-8-2 dans le code de la sécurité sociale prévoyant un mécanisme dérogatoire au droit commun de la tarification à l'activité. Si les recettes liées à l'activité demeurent, elles sont complétées par une dotation populationnelle ainsi qu'une dotation complémentaire liée à l'appréciation de la qualité au sein de chaque établissement. Le principe d'une participation forfaitaire uniforme est de plus acté. Introduit de façon progressive, cette réforme constitue à n'en pas douter un outil de simplification évident.

La réforme est en effet voulue comme introduite progressivement ; il ne s'agit pas en effet de plonger les établissements dans l'instabilité et surtout le doute financier, mais bien de permettre aux régions les plus défavorisées, consommatrices par principe de prestations d'urgence, de voir cette situation sociale et économique compensée financièrement. Le principe de la dotation populationnelle a donc été adopté par le décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé, mais appréhendée et calculée de façon transitoire pour tenir compte du maintien de certaines modalités de financement antérieures durant une partie de l'année. Bien plus, les différents forfaits individuels ainsi que les suppléments n'ont été mis en œuvre qu'à compter du 1er janvier 2022. Le résultat n'en demeure pas moins intéressant bien que certaines interrogations demeurent.

Le financement des urgences se répartit désormais entre trois masses d'inégale importance. Suivant en toutes les recommandations du rapport Aubert, la réforme de 2022 a introduit la notion de dotation populationnelle. Cette dotation a pour objectif de réduire les inégalités entre les territoires en tenant compte de la spécificité de chacun d'entre eux. Pour cela, le décret du mois de février 2021 pose des critères d'appréciation précis que sont les caractéristiques de la population résidant ou non sur le territoire, les caractéristiques du territoire lui-même, la réalité de l'offre de soins de ville sur le territoire, les caractéristiques de l'offre de soins d'urgence sur le territoire à travers notamment une analyse des autorisations, et enfin les données relatives à l'état de santé de la population. L'établissement de cette dotation repose donc sur l'analyse de la réalité des besoins de la population et constitue donc une véritable mesure de territorialisation de la politique sanitaire. Cette analyse constitue une modélisation des besoins de la région dès lors définis comme « cible ». L'établissement de cette cible permet qu'elle ne soit ainsi comparée au financement antérieur et que, dans l'hypothèse d'une différence négative,

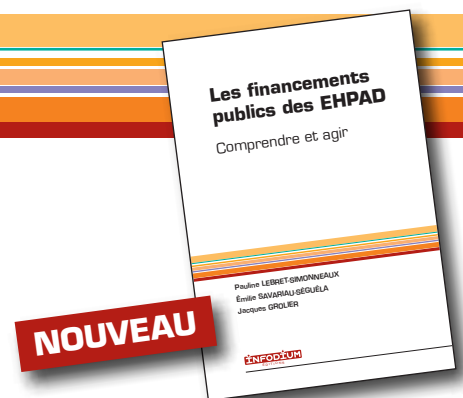
qu'un rattrapage progressif des besoins financiers ne soit organisé sur les cinq ans à venir. La dotation est donc bien une façon d'harmoniser avec justice les mécanismes de financement. Il est remarquable de voir que ce souci d'harmonisation se fait dans un objectif de financement constant afin que la transition ne conduise à aucune forme de rupture. C'est après la responsabilité du directeur général de l'ARS de fixer le tantième de cette dotation attribuée à chaque établissement. À cet effet, le code de la sécurité sociale instaure en son article R.162-29 un comité consultatif d'allocation des ressources relatif aux activités d'urgence, de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé. La section dont l'activité est consacrée à l'émission d'avis sur la répartition de la dotation populationnelle est composée de représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, de représentants des médecins urgentistes et de représentants des usagers. Bien que l'intervention de ce comité ne soit que consultative, elle est en tout point stratégique lorsque l'on considère le fait que cette enveloppe constitue environ 60 % du budget d'un service d'urgence. Il est intéressant de voir le poids alloué aux professionnels de santé eux-mêmes, et notamment aux acteurs du secteur de l'urgence. Il ne s'agit pas ici d'identifier une forme de lobbying mais bien de réel pragmatisme de la nouvelle démarche de financement dont l'importance sera néanmoins fonction des arbitrages opérés par les directeurs généraux des ARS. À cette dotation liée à la population s'ajoute une dotation s'appuyant sur la gestion de la qualité au sein de chaque établissement. Tout comme pour le court séjour, une prime à l'amélioration de la qualité est donc donnée aux établissements s'assurant de la qualité de l'accueil, du suivi et de l'orientation des patients, de la prise en charge telle que perçue par ceux-ci. La démarche demeure cependant perfectible dans l'épisode de crise sanitaire a bouleversé la démarche qualité dans les services d'urgence. Modeste, cette dotation ne s'élève que à 2 ou 3 % du budget de chaque service, elle demeure symboliquement forte et surtout à l'image de l'évolution du financement depuis quelques années. Pour le reste demeurent à hauteur de plus de 35 % les recettes liées à l'activité. Il s'agit alors d'une tarification à l'activité renouvelée reposant sur différents forfaits établis en fonction de l'âge du patient et de l'intensité de la prise en charge répartie entre un forfait lié à l'âge du patient et aux conditions de son arrivée aux urgences, un forfait lorsque le recours à un spécialiste est nécessaire, un forfait lié aux besoins en actes de biologie et à l'âge du patient, et un forfait d'imagerie. Reste alors pour le patient le paiement du forfait patient urgence (FPU), unique, harmonisant la participation de la personne prise en charge aux frais de la structure d'urgence. Réel forfait, il est fixé à la fin de l'année 2021 à 19,61 euros, mais ouvre droit aussi à des cas d'exonération ou de limitation strictement prévus par le législateur. Un montant minoré est en effet possible dans le cas des affections de longue durée, des victimes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle par exemple. On remarquera cependant que si ce forfait simplifie l'analyse du coût de chaque passage aux urgences, il ne règle en aucun cas le principe du paiement effectif par l'assuré. En effet, les conditions d'arrivée aux urgences demeurent marquées par la précipitation ou l'impréparation, bon nombre d'usagers venant sans-papiers ni moyens de paiement, étant pris en charge dans un contexte de rapidité empêchant le recensement précis de leurs données d'assurance-maladie. À cela s'ajoute aussi le fait que peu de services d'urgence ont une caisse, et que le recours à une caisse centrale est en général conditionné par des horaires d'ouvertures qui ne sont pas nécessairement ceux correspondant aux pics d'activité des urgences.


Tous les problèmes n'ont pas été réglés par cette réforme au long cours dont on ne connaît pour le moment pas l'intégralité des effets. Elle répond cependant à deux enjeux essentiels. Le premier était de simplifier et de rendre plus lisible l'équilibre financier de cette activité trop souvent dénoncée comme appauvrissant considérablement l'hôpital. Les prémices sont encourageantes. Le second était de s'émanciper de la tarification à l'activité. Sur le papier la chose est faite puisque 30 % seulement des financements sont désormais liés à la facturation des actes. Reste cependant à voir si le mécanisme même de ces forfaits ne va pas comme à chaque fois générer des stratégies opportunistes. Il va sans dire que dans cette situation le contrôle de la mise en œuvre de ces nouvelles modalités de financement par l'ARS sera déterminant. Et c'est peut-être là que le bat risque de blesser...

Le guide indispensable pour gérer votre EHPAD

- Connaître le financement des établissements, les enjeux et les acteurs
- Comprendre le modèle de tarification et les bases de l'analyse financière
- Remplir les maquettes EPRD et ERRD et suivre les indicateurs financiers

Par Pauline LEBRET-SIMONNEAUX, Émilie SAVARIAU-SÉGUÉLA et Jacques GROLIER.



 **BON DE COMMANDE** - A retourner à Infodium, 69, avenue des Ternes 75017 Paris ou par télécopie au 01 70 24 82 60

<input type="checkbox"/> OUI , Je commande exemplaire(s) du livre « <i>Les financements publics des EHPAD : comprendre et agir</i> » par Pauline Le Bret-Simonneaux, Émilie Savariau-Séguéla et Jacques Grolier, 270 pages - (ISBN 978-2-9559203-8-1) TVA : 5,5 % Participation forfaitaire aux frais de port (à partir de 2 commandes : 10 euros TTC). TVA : 20 %	HT	TTC
	71,09	75,00
	5,00	6,00
	Total	<input type="text"/>

Mme, Mlle, M.

Nom : Prénom :

Établissement :

Fonction :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Cachet / Signature

Je règle par :

Chèque bancaire ou postal à l'ordre d'INFODIUM. Je recevrai une facture justificative.

A réception de facture (avec RIB)

INFODIUM
ÉDITIONS

69, avenue des Ternes 75017 Paris
Tél. : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60
courriel : infodium@infodium.fr

Un système à bout de souffle qui doit laisser place à une nouvelle organisation : Le Parcours Patient

Le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2023^[2] qui vient d'être voté, s'inscrit à nouveau, plus dans une logique de continuité que de rupture... et ce, alors même que le *Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie* (HCAAM) s'était prononcé dans son avis du 22 avril 2021^[3] en faveur d'un scénario de rupture qui d'une part, structure une offre d'acteurs en réseau permettant d'apporter avec des moyens renforcés en proximité une réponse de qualité à l'ensemble des besoins de santé et, d'autre part, consolide les moyens les plus spécialisés et lourds pour en maintenir l'excellence. Les instruments classiques de régulation ne parviennent manifestement pas à apporter de vraies solutions à la crise que connaît durablement notre système de santé. Vers quelles pistes de réflexion le système doit-il s'orienter ? La refonte du parcours patient est-elle possible ?

Karim AMRI

Directeur d'Hôpital

Expert en gestion Hospitalière^[1]
KA Conseil

[1] Auteur du livre *Fiabilisation et certification des comptes à l'Hôpital*, Ed. Infodium

[2] <https://www.securitesociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2023/ECO2225094L%20Bleue%201.pdf>

[3] https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/avis_regulation_hcaam_avril_2021.pdf

[4] Cf. Nombreux bilans et rapports sur la gestion de crise COVID 19 disponibles sur internet et sur la crise de l'Hôpital

[5] En France, 30% des dépenses de santé sont-elles inutiles ? L'opinion, 22/10/2017

[6] Source ATIH : Taux de 60,6 pour 10 000 Hab en 2015.

[7] Inefficacité des dépenses et gaspillage dans les systèmes de santé : cadre d'analyse et synthèse des résultats – OCDE, 10/01/2017
Version anglaise intégrale disponible : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en

[8] Cf. Rapport de la Cour des comptes, publié en 2020 à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat : « *les principaux organismes sociaux ont détecté en 2019, 1 milliard d'euros de préjudices subis ou évités au titre de fraudes avérées ou suspectées* »

[9] Cf. Le triple aim (Donald M. Berwick, 2008) visant à améliorer l'expérience individuelle des patients, améliorer l'état de santé des populations tout en réduisant le coût des soins

A l'instar d'un système qui aura connu ses lettres de noblesse en matière de « consommation », le curatif montre en effet toutes ses limites en matière de performance globale. Des nombreux indicateurs « santé » sont bien présents pour en faire le constat, à l'image de l'espérance vie plafonnée, située dans la moyenne des pays de l'OCDE, avec de surcroît des années de vie gagnées en « perte d'autonomie », la mortalité maternelle et infantile deux fois plus élevées que dans les pays scandinaves, le nombre record de décès par suicides (11 000), une croissance des pathologies chroniques qui ne cesse de se détacher des autres systèmes de santé dits « développés », etc. Notre système de santé curatif qui s'appuie principalement sur un système fortement cloisonné n'arrive plus à démonter une quelconque plus-value tant en son fonctionnement normal qu'en mode de gestion de crise^[4].

L'obstination pourtant à y recourir quel qu'en soit les résultats est constante. Ainsi, selon notre ex ministre de la santé en 2017, Mme Agnès Buzyn^[5], près de 30 % de nos dépenses d'assurance maladie seraient inutiles soit... près de 60 milliards d'euros. On y retrouve entre autres, près de 500 000 séjours qui pourraient être potentiellement évitables^[6], soit l'équivalent de plus d'un milliard d'euros environ. La question des prescriptions inutiles qui est tout aussi importante, avec environ 10 Milliards d'euros, une part importante également des consultations en urgence non justifiée^[7] (20% soit environ 4, 5 millions de passages inutiles), l'optimisation des dépenses de soins de ville (pharmacie, laboratoire, transports, médecine de ville), et notamment la lutte contre la fraude^[8], etc.

En outre, si le curatif ne se résume pas qu'à des bénéfices santé « relatifs », couplés à des coûts inutiles, force est de constater que cette situation illustre avec force cette inadéquation entre besoins de santé réels, offre de soins dispensés et résultats de santé en matière d'indicateurs associés^[9].

DES SOLUTIONS DE DÉCLOISONNEMENT ENCORE TROP ISOLÉS LES UNES DES AUTRES

Les orientations concernant les financements des structures d'aval sont encore trop timorées. Ces nouveaux compartiments de dotation populationnelle (entre 50 à 55%), de l'activité (entre 40 à 45 %) et de la qualité des prises en charge (2%) ne sont pas assez impactants pour modifier les modes de prise en charge actuels.

Quant aux *Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS)*^[10], même si les indicateurs sont plus explicites^[11], leur efficacité sur les modes de prise en charge reste en deçà des attentes. Ces incitations au niveau des CPTS ont même été accompagnées de protocoles expérimentaux^[12] en vue de diminuer le recours aux urgences^[13].

L'ARTICLE 51 DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018 A TENTÉ DE S'INSCRIRE COMME VECTEUR PRINCIPAL DE L'OPTIMISATION DU PARCOURS PATIENT

Pour rappel, sont éligibles les expérimentations portant notamment sur la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins^[14].

Pour inciter les acteurs à s'y inscrire, des expérimentations de l'Art 51 sur les prises en charge de Prothèses (Hanche et Genou) et colectomie ont servi d'aiguillon aux premières généralisations. A fin 2021, 103 projets auraient été autorisés ou en cours d'autorisation. Si la moitié des projets concernent une pathologie clinique, 80 % des expérimentations portent sur des prises en charge réalisées en ville^[15]... sans pour autant modifier substantiellement les modes de prise en charge institutionnels et de financement en découlant.

Ce constat a également poussé les pouvoirs publics à modéliser en parallèle des solutions prévalant à l'international en matière de décloisonnement de modes de prise en charge via le vecteur financier. Ainsi, dans de nombreux pays, les professionnels sont rémunérés avec un mix de modalités en fonction des patients pris en charge et des objectifs de santé publique poursuivi dans une logique de combiner différents modes de paiement afin de tenir compte des modes de prise en charge et d'organisation des professionnels.

[10] Loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et Art. L. 1434-12 du Code de Santé Publique
Instruction No DGOS/FIR/Cnam/2019/218 du 9 Octobre 2019 Portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé

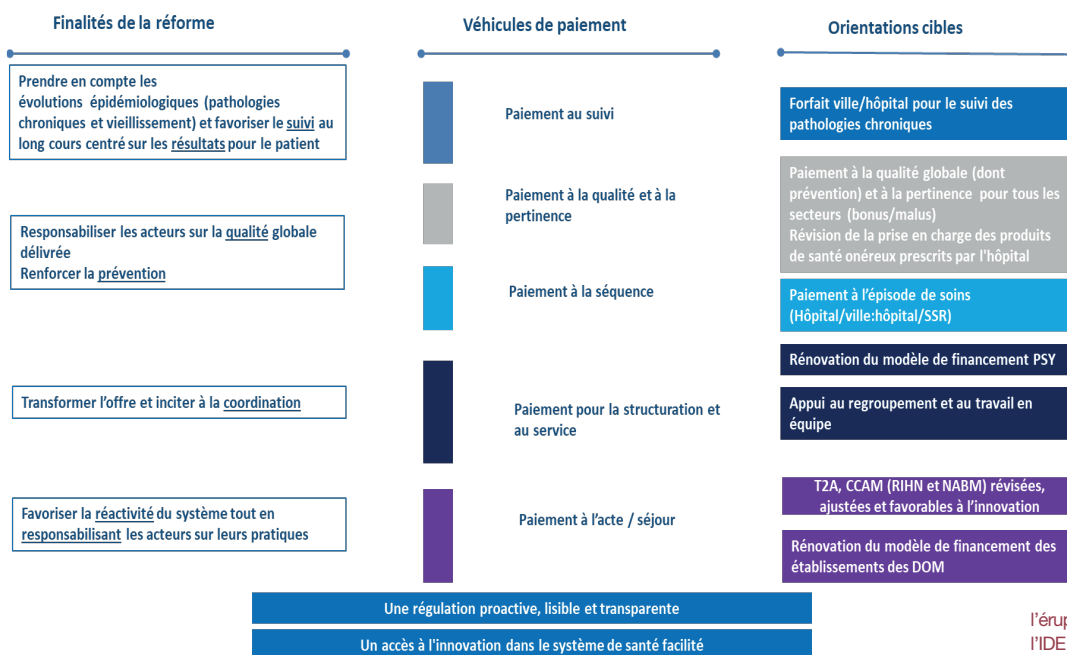
Arrêté du 21 Août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 Juin 2019

[11] - Taux de passage aux urgences générales, pédiatriques et de gynécologie-obstétrique non suivis d'hospitalisation (indicateur décroissant)

- Part des hospitalisations directes en hospitalisation adressées par un professionnel de santé de ville (indicateur croissant)
- Augmentation du nombre de Consultations enregistrées dans le cadre de l'organisation de traitement et d'orientation territoriale mise en place pour prendre en charge les soins programmés

[12] Exemples d'innovations organisationnelles vs la mise en place de protocoles dérogatoires (Art L. 4011-4 du CSP)

[13] Prise en charge torsion de la cheville par kiné dans une structure pluriprofessionnelle. - Prise en charge de la Pollakiurie et de la brûlure mictionnelle chez la femme de 16 à 65 ans par l'IDE et le pharmacien d'officine dans la cadre d'une structure pluriprofessionnelle. - Prise en charge de l'enfant de 12 Mois à 12 ans de



Source Ministère de la Santé

Toutefois, sur le terrain de l'offre coexistent encore de nombreux acteurs sans Pour autant qu'il n'y ait de réelle coordination ni d'interaction financière entre eux : *Parcours Santé des Aînés avec les Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), Plateforme Territoriale d'Appui (PTA), Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), Territoires de Soins Numériques (TSN), territoires pionniers, équipes de soins primaires, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé – CPTS,...*^[16] aux côtés desquels se côtoient et se superposent les *Hôpitaux locaux, généraux, régionaux et universitaires, regroupés dans des Groupements Hospitaliers de territoire dont l'efficacité a été fortement décriée*^[17], les établissements privés, etc.

l'éruption cutanée vésiculeuse prurigineuse par l'IDE et le pharmacien d'officine dans la cadre d'une structure pluriprofessionnelle

[14] Le décret du 21 février 2018 précise les modalités de mise en œuvre expérimentale du dispositif, dont les grandes orientations sont définies par le conseil stratégique de l'innovation en santé et la circulaire du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles en précise les modalités de mise en œuvre par les agences régionales de santé.

[15] Rapport au Parlement 2021 sur les expérimentations innovantes en santé. Ministère de la Santé.

[16] Liste non exhaustive des acteurs de premier recours

[17] Cf. Notamment rapport IGAS, Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT), 2019.

[18] Cf. Karim AMRI, « GHT : De la notion de transfert de Compétences à la notion de transfert de Responsabilité », Finances hospitalières, Mai 2017

[19] Certains existent déjà notamment dans le cadre de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) des médecins traitants mise en place par la Convention régissant les relations des médecins avec l'Assurance Maladie. Sur les 24 indicateurs relatifs à la qualité médicale de la convention de 2011, 6 sont communs ou proches des 33 indicateurs du premier contrat MSSP : vaccination antigrippale ; dépistage du cancer du sein (mammographie) ; contrôle de l'HbA1C, niveau de LDL, prescription d'aspirine pour les patients diabétiques et pression artérielle pour les patients hypertendus.

Sur les 29 indicateurs de la convention médicale de 2016 et malgré l'évolution des deux dispositifs, 7 indicateurs sont communs ou proches des 34 indicateurs des contrats MSSP 2016 : examen de l'œil pour les patients diabétiques, traitement par AVK et traitement par statine ou assimilé pour les patients à risque cardio-vasculaire, vaccination contre la grippe, dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal, aide à la cessation du tabac.

LA QUESTION DE LA STRUCTURATION DU PARCOURS PATIENT DEMEURE TOUJOURS ESSENTIELLE

Il importe aujourd'hui de pouvoir fédérer des groupes de médecins, hôpitaux ou autres offreurs de soins qui puisse se réunir volontairement pour délivrer des soins coordonnés de haute qualité à leurs patients. Ce regroupement de professionnels via des entités existantes (GHT, CPTS,...) ou non^[18], doit pouvoir être responsable de la globalité de la prise en charge des patients relevant d'un bassin de santé populationnel.

La gouvernance doit être assurée par ces mêmes offreurs ainsi qu'en matière d'allocation des moyens financiers. Ces nouvelles entités deviendront l'interlocuteur unique de l'assurance maladie et disposeront des informations de leurs assurés pour en assurer le suivi et notamment les données de consommation de soins. En effet, dans le système actuel chaque offreur dispose d'une visibilité que sur sa propre production de soins.

Cette structuration nécessitera de confier au médecin-traitant ou à une CPTS, la base populationnelle de recours aux soins primaires des assurés. Dans le cadre d'un fonctionnement normal, l'assurance maladie fournira les données de consommation de soins de leurs assurés tous les trimestres et sur l'année calendaire entière pendant toute la durée du contrat. La prise en charge sur un niveau spécialisé sera ainsi fonction d'indicateurs concertés et nécessitant des moyens de transport prévus dans ce nouveau dispositif.

En effet, il importera de mesurer et de comparer la performance du groupement via des indicateurs partagés de qualité^[19] et de satisfaction des patients.

De la même manière un rapport synthétique concernant les bénéficiaires assignés au groupement pourra être produit par l'assurance maladie selon la même périodicité : données démographiques, diagnostics, provenance géographique ainsi que les soins assurés au sein de groupement et en dehors du groupement. Sur demande, il sera possible pour un groupement de disposer de données plus détaillées par assuré sous réserve que les assurés n'aient pas refusé le partage de leurs données et notamment via leur espace médical.

L'IMPORTANCE DE DÉVELOPPER DES OUTILS TECHNOLOGIQUES EN LIEN AVEC LE CONTRÔLE DE GESTION DU PARCOURS

Les outils utilisés pour soutenir la démarche seront soit intégrés au logiciel métier des offreurs, ou soit interfaçables avec les autres outils du groupement. Ils permettront dans tous les cas de tracer l'activité.

Un nouveau métier (parmi d'autres) émergera, celui des « Managers Santé de Parcours Patient » (MS2P) et/ou « Coordinateurs Santé de Parcours Patient » (CS2P) qui se chargeront de partager l'information avec le personnel médico-soignant et d'en assurer une bonne coordination des parcours, ainsi que des outils et des moyens associés.

CONCLUSION

Aujourd'hui les signaux sont passés du rouge à l'écarlate en matière de dégradation de notre service public. L'enjeu est donc majeur pour une société de passer d'une logique verticalisée en tuyaux d'orgue à une logique transversale s'appuyant sur la responsabilité des acteurs. Ce nouveau système permettrait de régler de nombreuses questions quant à la problématique d'accès aux soins et de déserts médicaux. La concurrence entre offreurs au détriment d'une qualité de prise en charge serait nuancée voire réduite. Le caractère facultatif de pouvoir adhérer ou non à ces groupements ainsi que pour les assurés de s'y rendre ou non, constitueront le gage d'une démarche intelligente d'adhésion. Une des clés de réussite de cette transformation de notre système de santé reposera une fois n'est pas coutume, sur la donnée, sa maîtrise, y compris sur sa sécurisation.

AUTORISATIONS

Coopérations entre établissements publics de santé et médecins libéraux : une transaction peut-elle prévenir un contentieux d'autorisations ?

Les coopérations entre établissements publics de santé et médecins libéraux donnent régulièrement lieu à contentieux (V. par ex. *Finances Hospitalières*, oct. 2020, n° 150). La jurisprudence du Conseil d'État en témoigne et concerne le plus souvent la co-exploitation d'équipements matériels lourds sur le site d'un centre hospitalier. Tel est encore le cas d'un arrêt récent, qui apporte des précisions importantes sur le contentieux des coopérations et des autorisations sanitaires.

CE, 7 novembre 2022, Centre havrais d'imagerie médicale nucléaire et a., req. n° 454495

Benoît APOLLIS
Maître de conférences à
l'Université Paris-Panthéon-
Assas
Avocat au Barreau de Paris

Au milieu des années 2000, un centre hospitalier (CH) et plusieurs médecins nucléaires libéraux normands constituent un groupement de coopération sanitaire (GCS) afin de permettre une co-utilisation de trois gamma-caméras (l'une appartenant au CH et les deux autres aux médecins). Dans le même temps, le GCS se voit directement attribuer une nouvelle autorisation pour l'installation d'un tomographe à émission de positons (ou « PET-scan »). Six ans plus tard, sans que manifestement les règles relatives à la caducité des autorisations sanitaires n'aient été appliquées (cf. CSP, art. L. 6122-11), le GCS mit en service le PET-scan. Seulement quelques mois après, en raison de mésententes entre les membres du GCS, le CH signifia son retrait du groupement avec prise d'effet au 1er janvier 2015. Cette décision entraîna la dissolution du GCS à compter de cette date et posa la question du sort à réserver à l'autorisation de PET-scan dont il était titulaire.

En l'absence d'accord entre les membres du groupement sur cette question, l'agence régionale de santé (ARS) décida de relancer une procédure d'attribution de l'autorisation en 2014, à laquelle participèrent à la fois les médecins libéraux et un nouveau GCS constitué entre le CH et le Centre de lutte contre le cancer (CLCC) local, le GCS « Centre Henri Becquerel - Groupe hospitalier du Havre ». Cette procédure se solda par l'octroi de l'autorisation à ce nouveau GCS et par un refus opposé aux médecins. Mais ces derniers obtinrent l'annulation de ces deux décisions d'autorisation devant le Tribunal administratif de Rouen en 2017.

Après quoi, les effets de l'annulation contentieuse ayant été reportés jusqu'en mars 2018, l'ARS demanda aux deux promoteurs de confirmer leurs demandes respectives, ce qu'ils firent en octobre 2017. Toutefois, fin novembre 2017, le CH et les médecins nucléaires libéraux conclurent également une convention de transaction, aux termes de laquelle ils s'engageaient à régler définitivement leurs différends relatifs à la délocalisation des gamma-caméras appartenant aux médecins et à la titularité de l'autorisation d'exploiter le PET-scan. Ils renoncèrent ainsi par contrat « à toutes réclamations, instances ou actions de quelque nature que ce soit, pendant cinq ans », notamment à l'encontre l'autorisation d'exploiter le PET-scan « accordée à l'une des parties ou à un groupement dont l'une des parties serait membre ».

En janvier 2018, l'ARS ayant repris les mêmes décisions qu'en 2014 (délivrance de l'autorisation de PET-scan au GCS constitué entre le CH et le CLCC et refus de la demande présentée par le Centre havrais d'imagerie médicale nucléaire), ces derniers intentèrent à nouveau, en dépit de leurs engagements contractuels conclus fin 2017, des recours pour excès de pouvoir à l'encontre des décisions de l'ARS. L'affaire remonta jusqu'en cassation devant le Conseil d'État, ce qui lui a donné l'occasion, par un arrêt en date du 7 novembre 2022, d'affiner sa jurisprudence sur les protocoles transactionnels ayant pour objet la renonciation à l'exercice du recours pour excès de pouvoir.

Ce point constitue une avancée supplémentaire de la jurisprudence récente du Conseil d'État en faveur des modes alternatifs de règlement des conflits, dont la transaction fait partie, et de la faveur avec laquelle il accueille aujourd'hui les effets créés par ce type de contrat vis-à-vis de l'exercice du recours pour excès de pouvoir.

Rappelons d'abord que l'article L. 423-1 du Code des relations du public avec l'administration dispose : « *Ainsi que le prévoit l'article 2044 du code civil et sous réserve qu'elle porte sur un objet licite et contienne des concessions réciproques et équilibrées, il peut être recouru à une transaction pour terminer une contestation née ou prévenir une contestation à naître avec l'administration. La transaction est formalisée par un contrat écrit* ». Le renvoi aux dispositions du Code civil relatives aux transactions importe, notamment en ce que son article 2052 prévoit désormais que tout protocole transactionnel « *fait obstacle à l'introduction ou à la poursuite entre les parties d'une action en justice ayant le même objet* ».

Ces dispositions, comme la jurisprudence qui les précéda, paraissaient cependant connaître une limite pour leur application en contentieux administratif, souvent mise en exergue par la doctrine : « *le recours pour excès de pouvoir ayant "pour effet d'assurer (...) le respect de la légalité", le droit de l'exercer – ou la renonciation à ce droit – ne saurait entrer dans le champ de la négociation transactionnelle* » (L. de Fournoux, *D'une avancée inquiétante de la transaction en matière administrative*, JCP A 2019, n° 2243). Or cette digue de principe cède de plus en plus dans la période contemporaine, au point que « *l'incompatibilité entre contentieux de l'excès de pouvoir et transaction* » (R. Chapus, *Droit du contentieux administratif*, Montchrestien, 2008, 13e éd., p. 956) ne semble plus (du tout) à l'ordre du jour.

Déjà le Conseil d'État avait jugé en 2019, dans une affaire qui concernait un autre centre hospitalier, qu'« *aucune disposition législative ou réglementaire applicable aux agents de la fonction publique hospitalière, ni aucun principe général du droit, ne fait obstacle à ce que l'administration conclue avec un fonctionnaire (...), ayant fait l'objet d'une décision l'admettant à la retraite pour invalidité non imputable au service, une transaction par laquelle (...) les parties conviennent de mettre fin à l'ensemble des litiges nés de l'édition de cette décision ou de prévenir ceux qu'elle pourrait faire naître, incluant la demande d'annulation pour excès de pouvoir de cette décision et celle qui tend à la réparation des préjudices résultant de son éventuelle illégalité* » (CE, 5 juin 2019, *Centre hospitalier de Sedan*, req. n° 412732, JCP A 2019, 2243, note L. de Fournoux ; *Dr. adm.* 2019, com. 43, note A. Lebon ; *AJDA* 2019, p. 2282, note F. Alhama ; *RFDA* 2019, p. 1056, note J. Arroyo).

En somme, l'arrêt sous commentaire prolonge et approfondit cette ligne jurisprudentielle : « *aucune disposition législative ou réglementaire applicable aux autorisations délivrées par les agences régionales de santé en matière d'installation d'équipements matériels lourds en vertu de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, ni aucun principe général du droit, ne fait obstacle à ce que l'administration conclue avec une personne ayant sollicité une telle autorisation, une transaction par laquelle (...) les parties conviennent de mettre fin à l'ensemble des litiges nés de l'édition de cette décision ou de prévenir ceux qu'elle pourrait faire naître, incluant la demande d'annulation pour excès de pouvoir de cette décision. Une telle transaction peut intervenir entre un établissement public de santé ayant sollicité une autorisation en matière d'installation d'équipements matériels lourds et une personne ayant formulé une demande concurrente. Dans une telle hypothèse,*

la transaction peut être conclue durant l'instruction par l'agence régionale de santé des candidatures à cette autorisation en vue de prévenir toute contestation à naître entre les candidats sur la décision octroyant l'autorisation » (CE, 7 novembre 2022, préc., § n° 6).

Ainsi, deux éléments novateurs nous paraissent devoir retenir l'attention.

En premier lieu, l'apport de la décision tient à la légalité d'un protocole transactionnel portant sur la renonciation à l'exercice de recours pour excès de pouvoir à l'encontre de décisions administratives individuelles (ici des décisions d'autorisations sanitaires) qui n'ont pas encore été prises. La solution peut paraître surprenante, dans la mesure où l'on pouvait penser que le droit au recours – y compris dans la perspective d'y renoncer – naissait de manière concomitante à l'édiction de l'acte administratif sur lequel il porte. Le Conseil d'État en juge autrement, sans doute en partie au regard de considérations d'espèce, puisqu'il s'agissait d'une seconde procédure d'attribution de la même autorisation de PET-scan à la suite de l'annulation contentieuse de la première. L'édiction des décisions d'autorisation en cause ne faisait ainsi guère de doute.

Reste qu'il est donc possible de conclure des transactions ayant pour objet la renonciation à l'exercice de recours à l'encontre de décisions d'autorisations sanitaires potentielles, au moment de l'instruction des dossiers de demandes de chaque promoteur par l'ARS. Nul doute qu'une telle licence accordée par le Conseil d'État pourra donner quelques idées en régions au moment où un très grand nombre de procédures d'autorisations sanitaires vont être lancées à compter du second semestre 2023, notamment pour ce qui concerne la nouvelle activité de soins de médecine nucléaire (cf. décret n° 2021-1930 du 30 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine nucléaire et décret n° 2022-114 du 1er février 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de médecine nucléaire). L'immunité contentieuse que lesdits protocoles transactionnels sont ainsi susceptibles de conférer aux décisions d'autorisation prises par les ARS ne passera certainement pas inaperçu.

D'autant que, en second lieu, l'originalité de la solution dégagée par le Conseil d'État tient également au fait que la transaction n'y est pas conclue par la personne publique appelée à prendre la décision administrative (l'État en l'occurrence), mais par les demandeurs de l'autorisation sanitaire convoitée. Dès lors, le CH et les médecins nucléaires s'en sont remis, par le truchement de leur protocole transactionnel, à la seule discrétion de l'ARS pour résoudre leur éventuel différend. En d'autres termes, la transaction conclue entre les deux promoteurs vaut blanc-seing de légalité pour le directeur général de l'ARS (agissant au nom de l'État), ce qui le place nécessairement dans une position d'arbitre ultime des différends nés ou naître entre les demandeurs.

Or, dans le système de santé français, les relations juridiques et institutionnelles entre les ARS et les établissements publics de santé dépassent largement la mise en œuvre de la régulation de l'offre de soins. Cette relation plus étroite qu'avec n'importe quel autre service de santé, toujours perceptible dans les faits comme dans le droit (V. déjà J.-M. Lemoine de Forges, *Le système hospitalier français face au droit communautaire de la concurrence : mélanges en l'honneur de L. Dubouis*, Dalloz, 2002, p. 811), ne laissait que peu d'espoirs aux médecins libéraux – surtout au regard des premières décisions rendues à leur endroit par la même ARS en 2014.

Les médecins nucléaires ont d'ailleurs tenté de justifier leur seconde action contentieuse, lancée aux mépris de leurs engagements contractuels, sur le fait que le protocole transactionnel leur avait été imposé de force, par violence, ce qui aurait vicié leur consentement au moment de sa signature. Si le moyen a été rejeté comme manquant en fait (§ n° 8 de la décision), cela renseigne tout de même sur les risques de dérives possibles en pratique, maintenant que la validité de ces transactions précontentieuses vient d'être reconnue. Ainsi que le rapporteur public le rappelait dans ses conclusions sur cette affaire (disponibles sur ArianeWeb), en se référant à Montesquieu pour qualifier la situation dans laquelle se trouvent placés les directeurs généraux d'ARS : « *la vertu même a besoin de limite* ». Sera-ce bien toujours le cas dès lors que des décisions d'autorisations sanitaires seront précédées d'un protocole transactionnel en garantissant l'immunité contentieuse ?

Publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023

La loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est publiée au JO du 24 décembre 2022 après examen par le Conseil constitutionnel. Y figurent les principales mesures intéressant les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, présentées dans le n° 173 de novembre 2022 de Finances hospitalières. Des dispositions, non comprises dans le projet de loi initial, ont été adoptées par voie d'amendement.

Jean-Claude DELNATTE

La rectification de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2022 et la fixation de l'ONDAM 2023

Le PLFSS 2023, tel que soumis au Parlement, comportait une première rectification de l'ONDAM 2022; le Sénat a ajouté 0,6 Md€ au sous-objectif relatif aux établissements de santé, et, en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a proposé d'augmenter cet objectif de 0,5 Md€ en minorant de 0,1 Md€ le sous-objectif relatif aux soins de ville et en majorant de 0,6 Md€ à nouveau le sous-objectif relatif aux établissements de santé, afin de compléter les financements au titre des surcoûts liés à l'épidémie de covid-19. Au total, l'ONDAM 2022, après adoption définitive du PLFSS 2023, est majoré de 10,1 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFSS 2022, soit 4,3 % de plus (Art. 4) .

Pour l'année 2023, l'ONDAM est fixé à 244,1 Md€ conformément à la proposition initiale du Gouvernement (Art. 106).

Sous-objectif	Objectif de dépenses	
	2022 rectifié	2023
(En milliards d'euros)		
Dépenses de soins de ville	107,2	103,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	98,2	100,7
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,6	15,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,8	14,6
Dépenses relatives au FIR et au soutien national à l'investissement	6,3	6,1
Autres prises en charge	6,8	3,4
Total	247	244,1

La garantie de financement des établissements de santé pour 2022 et le mécanisme de soutien transitoire pour 2023

Suite à un amendement sénatorial, la prolongation jusqu'au 31 décembre 2022 de la garantie de financement accordée aux établissements de santé afin de faire face à la crise COVID, déjà décidée par le Gouvernement, est confirmée sur le plan législatif.

Pour 2023, un amendement du Gouvernement, adopté en lecture définitive, prévoit que les établissements de santé peuvent bénéficier, à titre transitoire, d'un mécanisme de soutien des recettes qui leur sont versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, déterminé en tenant notamment compte du volume d'activité et des recettes qu'ils ont perçues antérieurement, selon des modalités fixées par arrêté et sur lesquelles l'IGAS et à l'IGF sont chargées de faire des propositions (Art. 44).

Le report de la mise en œuvre de la réforme du financement des soins médicaux et de réadaptation

Suite à un amendement du Gouvernement, la mise en œuvre de la réforme du financement des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR), anciennement SSR, et l'application des tarifs nationaux de prestations pour le calcul du ticket modérateur sont repoussées au plus tard au 1er juillet 2023.

La conformité à la Constitution

Par sa décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, le Conseil constitutionnel s'est prononcé sur des dispositions de la LFSS pour 2023 dont il avait été saisi par trois recours émanant de députés et de sénateurs.

Le Conseil juge tout d'abord que, en engageant successivement la responsabilité du Gouvernement devant l'Assemblée nationale sur le vote de la troisième partie, puis de la quatrième partie du projet de loi, lors de son examen en première et en nouvelle lectures, la Première ministre a mis en œuvre cette prérogative dans le respect du 3ème alinéa de l'article 49 de la Constitution et du § I de l'article L.O. 111-7-1 du code de la sécurité sociale (CSS).

Il estime ensuite qu'il ne ressort pas des éléments qui lui sont soumis que les prévisions sur lesquelles la LFSS est basée soient insincères, mais rappelle qu'il appartiendra au Gouvernement de soumettre au Parlement les ajustements nécessaires dans une loi rectificative, s'il apparaissait en cours d'année que ces prévisions et les conditions générales de l'équilibre financier des régimes obligatoires de la sécurité sociale étaient remises en cause.

Il juge également conformes à la Constitution les dispositions:

- de l'article 18 de la loi qui modifie les règles du CSS relatives à la contribution des entreprises du secteur pharmaceutique due lorsque le chiffre d'affaires réalisé par l'ensemble de ces entreprises est supérieur à un montant M;
- du § III de l'article 51 qui prévoit que, en l'absence d'accord entre les organismes d'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales sur une baisse des tarifs de certains actes de biologie médicale de nature à générer une économie de 250 millions d'euros, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent ces tarifs.

En revanche, le Conseil censure les dispositions de l'article 101 limitant l'indemnisation par l'assurance-maladie d'arrêts de travail prescrits dans le cadre de la téléconsultation.

Sur les dispositions dont la place dans la LFSS est contestée, le Conseil juge conformes à la Constitution:

- le § II de l'article 17 qui étend le bénéfice du régime de la responsabilité administrative aux médecins assurant la régulation des appels du service d'accès aux soins dans le cadre d'un exercice libéral;
- l'article 37 qui porte à quatre années la durée du troisième cycle des études de médecine pour la spécialité de médecine générale et prévoit que la dernière année est effectuée sous forme de stage;
- l'article 40 prévoyant, à titre expérimental, que les infirmiers en pratique avancée peuvent prendre en charge directement des patients dans le cadre de structures d'exercice coordonné;
- l'article 47 qui prolonge jusqu'en 2035 la possibilité pour certains médecins et infirmiers de cumuler, jusqu'à l'âge de 72 ans, un emploi avec le versement d'une retraite;
- l'article 48 qui reporte au 30 avril 2023 la date à laquelle prend fin le dispositif dérogatoire d'autorisation d'exercice de certains praticiens diplômés hors Union européenne;
- l'article 53 qui soumet notamment les sociétés de téléconsultation à une procédure d'agrément pour leur permettre de demander à l'assurance maladie la prise en charge des actes de téléconsultation réalisés par les médecins qu'elles salarient.
- le 14° du paragraphe I de l'article 58 selon lequel les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale fixent les marges de distribution des produits inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du CSS;

- l'article 61 qui prévoit que l'obligation pour certains distributeurs de disposer de produits ou prestations appartenant aux classes à prise en charge renforcée est subordonnée à la possession d'un identifiant de facturation leur permettant d'établir des feuilles de soins susceptibles de donner lieu au remboursement de ces produits ou prestations.

En revanche, le Conseil censure 11 dispositions de la loi, comme «cavaliers sociaux» c'est-à-dire comme ne relevant pas du champ des LFSS. Il en est ainsi, notamment:

- de l'article 39 qui prévoit que les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers ont vocation à concourir à la permanence des soins;
- de l'article 42 qui vise à limiter la possibilité, pour certains établissements de santé, laboratoires de biologie médicale et établissements médico-sociaux, de recourir à l'intérim avec des personnels en début de carrière;
- de l'article 43 qui prévoit d'étendre le contrôle des comptes des établissements de santé privés;
- de l'article 45 qui fixe certaines dispositions transitoires relatives aux procédures d'autorisation d'activité de soins et des équipements matériels lourds des établissements de santé...

VEILLE DOCUMENTAIRE

Fonds d'intervention régional (FIR): nouvelle délégation de crédits pour 2022 et publication du rapport d'activité de 2021

L'arrêté du 10 novembre 2022 (JO du 18 novembre 2022) porte à 5 027 473 € le montant des crédits attribués aux agences régionales de santé (ARS) au titre du FIR pour l'année 2022 et fixe le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale (CSS).

Le rapport d'activité de 2021 du FIR (Sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_fir_2021.pdf) comporte en:

- 1ère partie, un synthèse générale et un bilan de la campagne 2021;
- 2de partie, un bilan quantitatif et qualitatif des missions du fonds.

Modification du montant total annuel et des dotations régionales allouées en 2022 aux établissements et services accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Un premier arrêté daté du 17 novembre 2022 (JO du 27 novembre 2022) modifie l'arrêté du 2 juin 2022 fixant pour l'année 2022 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total annuel des dépenses des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, mentionnés à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, c'est à dire:

- les appartements de coordination thérapeutique (ACT),
- les lits halte soins santé (LHSS),
- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD),
- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),

- les lits d'accueil médicalisé (LAM),
- et « Un chez-soi d'abord ».

Le montant total annuel des dépenses précédemment fixé à 916 921 798 € est porté à 921 921 798 € .

Un second arrêté également du 17 novembre 2022 (JO du 4 décembre 2022) modifie l'arrêté du 3 juin 2022 fixant pour l'année 2022 les dotations régionales limitatives de dépenses médico-sociales de ces établissements et services.

L'instruction interministérielle n° DGCS/5B/DGS/SP3/DSS/1A/2022/245 du 2 novembre 2022 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2022/24 du 30 novembre 2022)

- notifie en complément de l'instruction n° DGCS/1B/5B/DGS/SP2/SP3/DSS/1A/2022/112 du 19 avril 2022 (Voir *Finances hospitalières*, n° 170, juillet 2022), au titre de 2022, les dotations régionales limitatives modifiées pour ces établissements et services;
- prévoit l'actualisation du taux d'évolution des moyens qui leur sont alloués pour contribuer au financement de la valeur du point d'indice de la fonction publique et sa transposition dans les ESMS privés;
- fixe également le montant délégué au titre des revalorisations salariales décidées dans le cadre de la conférence des métiers du 18 février 2022;
- précise enfin les orientations et la répartition des crédits alloués pour améliorer l'offre en matière de prise en charge en addictologie et de réduction des risques et des dommages.

Publication d'une instruction relative aux mesures de soutien pour le système de santé durant l'automne et l'hiver 2022-2023

Suite à l'annonce faite par la Première ministre le 1er juillet dernier en réponse aux difficultés rencontrées par les structures d'urgences, de pédiatrie, et plus globalement par l'ensemble du système de santé, l'instruction n° DGOS/R2/RH2S/DGCS/DSS/2022/254 du 17 novembre 2022 (mise en ligne sur Légifrance le 22 novembre 2022) propose un plan d'action qui permettra de mettre en place des mesures immédiates et plus structurelles pour préparer l'hiver. Ces mesures, qui s'inspirent des conclusions et préconisations du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) n° 022-064R de septembre 2022 (Sur https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/evaluation_des_mesures_urgences_ete_rapport_definitif_mise_en_ligne.pdf) sont présentées en annexe 1 de l'instruction et l'annexe 2 comporte une boîte à outils sur les urgences et les soins non programmés.

Publication par le conseil scientifique de l'investissement en santé (CSIS) d'un référentiel de dimensionnement surfacique et de préconisations architecturales pour les établissements publics de santé

Le CSIS a mis en ligne (Sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/investissement-en-sante-une-nouvelle-politique-au-service-de-la-qualite-des-11226/csis>) un nouveau référentiel intermédiaire, daté de novembre 2022, qui fournit aux différents acteurs d'un projet de reconstruction d'un établissement de santé, des éléments généraux de dimensionnement d'une opération. Il permet de pré dimensionner les surfaces à partir d'une estimation «macro» des activités et de la faisabilité financière. Il sera complété par des fiches spécifiques, issues des groupes de travail animés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), pour chaque grand secteur fonctionnel, intégrant des modèles organisationnels et leur besoin en surfaces et un outil dédié sera proposé à la suite de la publication de ces fiches. (Voir pour les précédentes publications du CSIS, DELNATTE J.C. « Le conseil scientifique de l'investissement en santé a défini sa doctrine sur l'analyse des projets d'investissement », *Finances hospitalières*, n° 171, septembre 2022 et DOSSIER A. & DUPONT V., propos recueillis par BARON-BUAL H., « Vers un PGFP 2.0! ... Une nouvelle approche des projections financières à long terme », *Finances hospitalières*, n° 174, décembre 2022)

L'hebdomadaire Le Point a demandé à la CNIL de l'autoriser à accéder à la base de données nationales PMSI sur l'activité des établissements de santé afin de réaliser et de publier un palmarès des hôpitaux et des cliniques français. La CNIL donne, 10 novembre 2022, les raisons pour lesquelles elle a rejeté à ce stade cette demande, estimant qu'il était nécessaire que le Point précise et améliore la méthodologie de son classement (Sur <https://www.cnil.fr/fr/palmars-des-hopitaux-cnil-precise-les-raisons-de-son-refus-dautoriser-le-point-base-donnees-hopitaux>).

Publication par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) des indicateurs sociaux départementaux

L'INSEE publie le 21 novembre 2022 (Sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2382585>) les indicateurs sociaux départementaux qui constituent le socle d'un système d'information partagé entre échelons nationaux et départementaux dans les principaux domaines de l'action sociale départementale. Il s'agit d'indicateurs transversaux, reflétant le contexte territorial et d'indicateurs propres à la protection de l'enfance, aux personnes handicapées, aux personnes âgées et à l'insertion sociale, ainsi que des indicateurs financiers.

Publication par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) des chiffres clés de l'hospitalisation de 2020 et 2021

L'ATIH publie le 2 décembre 2022 les chiffres clés annuels de l'hospitalisation pour 2020 et 2021 (Sur <https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>). A partir des données collectées dans le PMSI notamment, ils fournissent une mesure de la fréquentation des établissements de santé, publics et privés, pour les différentes activités de soins.

Note d'information sur la dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation (MIG B02)

La note d'information n° DGOS/PF4/2022/242 du 10 novembre 2022 (Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité n° 2022/24 du 30 novembre 2022) rappelle que la dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation (MIG B02) a vocation à compenser les pertes de production d'activités de soins liées à l'effort de recherche, d'enseignement et d'innovation. Cette compensation se fait sur la base d'une production réelle mesurée au travers d'indicateurs spécifiques de la recherche et de l'enseignement en établissement de santé. La note décrit la procédure de gestion des entités de recherche et les modalités de fusion des scores des établissements de santé dans le cadre de la mesure de ces indicateurs.

Publication d'un arrêté modifiant les modèles de documents budgétaires et comptables des établissements et services sociaux et médico-sociaux

L'arrêté du 25 novembre 2022 (JO du 6 décembre 2022) modifie les modèles de documents budgétaires et comptables devant être produits par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF). Il tire les conséquences du décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des ces établissements et services.

Publications de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Le panorama de la protection sociale en France et en Europe en 2021 - Edition 2022 - est publié le 15 décembre 2022 (Sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/la-protection-sociale-en-france-et-en-...>). En 2021 les prestations de protection sociale augmentent en France de 2,4 % (contre +3,0 % en moyenne dans l'Union européenne UE), après une hausse exceptionnelle de 6,9 % en 2020 (contre +8,3 % en moyenne dans l'UE) et atteignent 834 Md€, soit en moyenne 12 350 € par habitant. Le début de l'année 2021 est encore fortement marqué par la crise sanitaire, mais l'assouplissement progressif des restrictions sanitaires permet un fort rebond économique. Ainsi, le risque maladie avec la vaccination, l'intensification des campagnes de dépistage du Covid-19 et, plus largement, la reprise des soins médicaux non urgents, prend le relais des dispositifs exceptionnels, en particulier du chômage partiel, comme moteur de la hausse des prestations de protection sociale en France comme en Europe. Une inflation élevée apparaît dès la fin 2021, qui occasionne la mise en place de nouveaux dispositifs exceptionnels (indemnité inflation et chèque énergie exceptionnel) en France.

En parallèle, les ressources de la protection sociale augmentent (+5,2 %) sous l'effet de la forte augmentation des cotisations sociales et des impôts et taxes affectés provoquée par le rebond de l'activité économique. Au total, le déficit de la protection sociale s'atténue en France pour s'établir à 18 Md€ en 2021, après avoir atteint 49 Md€ en 2020. Néanmoins, ce déficit ne reflète qu'en partie l'ampleur du choc absorbé par les administrations publiques (financement des dispositifs exceptionnels comme le chômage partiel ou l'indemnité inflation), dont le déficit total atteint 163 Md€ en 2021, soit 6,5 % du PIB.

Le rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé est publié le 16 décembre 2022 (Sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/Rapport2022.pdf>).

Est également publiée à la même date la note "Etudes et résultats" n° 1251 de décembre 2022 intitulé **"Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée"** (Sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-12/ER1251.pdf>).

Publication d'un décret relatif au parcours professionnel et aux droits des travailleurs handicapés admis en établissements et services d'aide par le travail

Le décret n° 2022-1561 du 13 décembre 2022 (JO du 14 décembre 2022), pris pour l'application de l'article 136 de la loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, à la décentralisation, à la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, aménage les conditions dans lesquelles les travailleurs handicapés peuvent être orientés en établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Il précise également les conditions de mise en oeuvre d'une double activité en milieu ordinaire et protégé, les droits ouverts dans le cadre du parcours renforcé en emploi pour les travailleurs qui entrent en milieu ordinaire, les nouveaux droits sociaux individuels et collectifs ouverts aux travailleurs en milieu protégé et les modalités de suivi par les ARS. Enfin, ce décret renforce et précise les différents droits sociaux individuels et collectifs des travailleurs handicapés en ESAT.

Mise en oeuvre du plan de sobriété énergétique dans les établissements et de services sociaux et médico-sociaux

Dans le cadre du plan de sobriété énergétique, le ministère des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées propose un dépliant présentant aux gestionnaires d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux les dispositifs de soutien prévus par l'État et la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a conçu à leur intention une foire aux questions répondant aux interrogations les plus fréquentes (Mis en ligne le 9 décembre 2022 sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites>).

Le communiqué de presse du ministère précise que le bouclier tarifaire gaz consistant en la prise en charge par l'État de 100 % du surcoût entre le tarif gelé et le prix réellement facturé, bénéficie aux établissements pour personnes âgées et personnes handicapées, pour la période du 1er juillet 2022 au 31 décembre 2022 et indique que les modalités d'application pour 2023 seront arrêtées d'ici fin 2022.

Publication de rescrits tarifaires

Sont publiés au bulletin officiel Santé-Protection sociale-Solidarité n° 2022/25 du 15 décembre 2022 plusieurs rescrits tarifaires datés du 30 novembre 2022 en réponse à des demandes formulées par le Centre hospitalier universitaire de Limoges le 29 septembre 2021 relatives à des prises en charge ambulatoires.

Publication d'un arrêté relatif à l'efficacité et la pertinence de la prescription hospitalière de médicaments biologiques délivrés en ville

L'arrêté du 12 décembre 2022 (JO du 17 décembre 2022) détermine pour 2022 les conditions d'attribution et les modalités de calcul de la dotation pour l'efficacité et la pertinence de leur prescription que peuvent percevoir les établissements de santé exerçant des activités de MCO.

Publication d'un arrêté modifiant l'arrêté du 27 décembre 2021 fixant les modalités de financement des recettes liées à l'activité des structures des urgences

L'arrêté du 14 décembre 2022 (JO du 18 décembre 2022), qui modifie les annexes 1, 3, 4, 5, 6 et 7 de l'arrêté du 27 décembre 2021 fixant les modalités de financement des recettes liées à l'activité des structures des urgences (Voir *Finances hospitalières*, n° 165, février 2022), majore, à compter du 1er janvier 2023, les tarifs des forfaits et suppléments applicables à ces structures pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du CSS.

Publication par l'ANAP de deux productions sur la prévision et le pilotage budgétaires

L'ANAP publie le 12 décembre 2022, à l'attention des responsables financiers des établissements sanitaires et médico-sociaux :

- « **Le rolling forecast à l'hôpital : vers un pilotage budgétaire en temps réel** »

Le "rolling forecast", ou suivi budgétaire qui s'analyse en douze mois glissants, permet de gagner du temps et de fiabiliser les prévisions budgétaires. Cette publication apporte une méthodologie de travail étape par étape et des cas pratiques pour mettre en place ce suivi budgétaire en temps réel (Sur <https://ressources.anap.fr/afr/publication/2890>).

- « **L'abonnement des charges : mode d'emploi** »

L'abonnement des charges est une technique de gestion consistant à lisser les charges sur des périodicités définies en répartissant une charge ou un produit tout au long de l'exercice comptable. En fonction de la nature des charges, l'étalement est mensuel, trimestriel, semestriel, et permet un pilotage infra-annuel fiable du résultat. Cette technique offre aux responsables financiers une meilleure visibilité et permet de lisser la charge de travail comptable et de réduire le poids des tâches récurrentes (Sur <https://ressources.anap.fr/afr/publication/2891>).

Mise à jour de la nomenclature comptable applicable aux établissements et services privés sociaux et médico-sociaux

L'arrêté du 14 décembre 2022 (JO du 21 décembre 2022) fixe la liste des comptes obligatoirement ouverts dans la comptabilité des établissements et services privés sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et abroge l'arrêté du 15 décembre 2021 ayant le même objet. Il prend effet à compter de l'exercice 2023.

Publication par la Fédération hospitalière de France d'un guide du contentieux tarifaire à l'attention des établissements sanitaires et médico-sociaux

La FHF met en ligne (Sur <https://www.fhf.fr/expertises/autonomie/ressources/guide-du-contentieux-tarifaire-pour-les-esms>) une mise à jour du guide du contentieux tarifaire afin d'aider les établissements à préparer leur recours éventuels, en expliquant les enjeux et les grands principes d'une telle démarche, et les grandes étapes à respecter.

Publication de deux décrets portant application de l'ordonnance n° 2022-408 du 23 mars 2022 relative au régime de responsabilité financière des gestionnaires publics

Sont publiés au JO du 23 décembre 2022 deux décrets, datés du 22 décembre 2022, pris en application de l'ordonnance n° 2022-408 du 23 mars 2022 relative au régime de responsabilité financière des gestionnaires publics.

Le décret n° 2022-1604 tire les conséquences, au sein du code des juridictions financières, de la réforme du régime de responsabilité des gestionnaires publics, en précisant les règles de composition, d'organisation et de fonctionnement de la chambre du contentieux de la Cour des comptes et de la Cour d'appel financière ainsi que les règles de procédure applicables à l'instruction et au jugement des affaires portées devant ces juridictions.

Le décret n° 2022-1605 supprime les dispositions relatives aux différents régimes de responsabilité personnelle et pécuniaire, précise les modalités du nouveau régime de responsabilité des gestionnaires publics (hors volet juridictionnel) et adapte les procédures dans le cadre de ce changement de régime de responsabilité.

Ainsi, il supprime toutes les références au jugement des comptes et des gestions de fait, à l'apurement administratif des comptes ainsi qu'à l'examen des états de restes des comptables secondaires de la direction générale des finances publiques (DGFIP) et des comptables de la direction générale des douanes et des droits indirects.

Il abroge également l'ensemble des décrets relatifs à la mise en oeuvre de la responsabilité personnelle et pécuniaire des comptables publics, régisseurs, huissiers de la DGFIP, trésoriers et sous-trésoriers militaires ainsi que des comptables des organismes de sécurité sociale.

Il supprime les réserves pouvant être formulées par les comptables à l'occasion de leur installation ainsi que leur obligation de cautionnement.

La mise en place du nouveau régime de responsabilité ne modifiant ni le positionnement ni les missions de contrôle des comptables publics et assimilés, les différentes indemnités de caisse et de responsabilité sont renommées en indemnités de maniement de fonds.

La fin du jugement des comptes se traduit par la suppression de la transmission automatique des comptes et pièces justificatives à la Cour des comptes et aux CRC.

Ce décret précise les conditions de production des comptes et des pièces justificatives, les modalités de conservation et d'archivage.

Il supprime la prestation de serment des comptables devant le juge des comptes au profit d'une prestation de serment devant une autorité administrative.

Il précise les conditions de mise en oeuvre de la possibilité pour le comptable de signaler à l'ordonnateur des faits susceptibles de constituer une infraction au titre de l'article L.131-9 du code des juridictions financières.

Il fixe les conditions de prise en charge des déficits résultant exclusivement des fautes ou des erreurs des comptables publics de l'Etat.

Il instaure enfin une procédure simplifiée pour la libération du cautionnement des comptables.

Ces deux textes entrent en vigueur le 1er janvier 2023.

L'encastrement du privé dans l'hôpital public

Gelly, Maud ; Spire, Alexis ; in Sociétés contemporaines, vol.2, n°126, 2022, pp. 5-31.

Cet article universitaire souligne « qu'à partir des années 1980, le « mimétisme marchand de l'État » (Ansaloni et Smith, 2017) a pris la forme de privatisations ou d'externalisations, aboutissant logiquement à l'importation de logiques managériales au sein des institutions publiques. Comme d'autres services publics, les hôpitaux ont été touchés de plein fouet par les réformes inspirées du New Public Management (Pierru, 2007 ; Belorgey, 2010), transformant les patient-es en client-es et les besoins de soins en demandes de biens soumises à des stratégies individuelles d'acquisition (Batifoulier, 2014). » Un double paradoxe s'ensuit : la relégation des populations vulnérables, qui accèdent moins à ces services répondant à une logique bourdieusienne de capital social (connaître les bonnes filières, accéder aux services payants) et le fait « d'installer la logique de rentabilité au coeur du fonctionnement des services publics. »

Ce processus s'est développé à bas bruit : l'activité libérale à l'hôpital en est un exemple voyant mais finalement marginal, alors que la mise à disposition d'espaces publics pour une activité privée, la concession de service public ou le recours à l'intérim font coexister des modes de gestion antagonistes. Le mobile de ces modalités organisationnelles est bien la réduction des coûts et l'assouplissement des modes de gestion, dont le contournement du statut. Mais, la contrainte s'étant accrue, les gestionnaires hospitaliers n'ont eu d'autre recours que d'externaliser des fonctions notamment logistiques dans l'espoir de sanctuariser l'emploi soignant. De même, l'attractivité médicale se joue souvent grâce au complément de revenus privés.

Mais la marchandisation du service public a décentré le système de valeurs qui y présidait, notamment depuis la loi du 31 décembre 1970 : « le développement du secteur privé transforme l'hôpital public aussi bien sur le plan des principes de son organisation, que sur celui des valeurs partagées par ses personnels et de leur trajectoire. » Cette observation télescope les difficultés de recrutement et fidélisation à l'hôpital : « la place prise par ces activités transforme l'ethos professionnel des agents du service public, d'abord à un niveau collectif : l'imbrication croissante d'activités privées

dans l'ensemble des services hospitaliers conduit les personnels hospitaliers à redistribuer les pathologies et les patients en fonction de leurs ressources économiques et de leur couverture sociale, au détriment de l'égalité de traitement et de la solidarité entre services. La place prise par les activités privées se traduit aussi sur le plan individuel car elle accentue la tentation de quitter l'hôpital public. »

Cet article passionnant résulte d'une enquête dans un hôpital public du Grand Est et interroge les motivations qui justifient de travailler à l'hôpital et d'en accepter les sujétions. Il montre comment ces sujétions, autrefois acceptées par la fierté du sentiment d'appartenance ou la mission de service public, se trouvent aujourd'hui concurrencées par des valeurs plus prosaïques. Mais a contrario, l'hôpital s'est peut-être mal adapté à ces nouvelles règles du jeu et persiste à ne pas entendre la crise de valeurs qui le traverse.

Alerte éthique générale : de la grande entreprise au secteur social et médico-social

Salmon, Anne ; in *L'Homme & la Société*, vol. 216, n°1, 2022, pp. 155-172.

En miroir à l'article précédent, l'auteur montre comment les théories de l'entreprise ont submergé la sphère publique non marchande et toute une littérature de vulgarisation managériale a eu pour objectif de « légitimer le recours aux valeurs à des fins de mobilisation des salariés sur les objectifs de l'entreprise. » Les licenciements de masse, les restructurations, les méthodes managériales offensives ont « eu pour effet de ronger les solidarités qui animaient les collectifs de travail. En bouleversant l'organisation, ces changements ont contribué à affaiblir la loyauté des salariés. »

S'appuyant sur les travaux d'Hayek et Friedman, l'autrice montre que loin de favoriser l'autonomie et l'épanouissement de l'individu, le projet managérial néolibéral a plutôt restreint la démocratie : « De nos jours, dans le domaine du social et du médico-social, force est de constater que de nombreuses structures à but non lucratif aspirent à restaurer une éthique professionnelle en dissociant cette question de l'emprise gestionnaire qui enserrme les pratiques. Le risque est grand de faire comme si, par les idéaux qu'on prête aux travailleurs sociaux, les métiers du social pouvaient secréter une éthique saine et pure qui n'aurait rien à voir avec la marchandisation que certains auteurs dénoncent par ailleurs. »

Finances Hospitalières est une publication mensuelle éditée par **Infodium**, www.infodium.fr - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038 - 69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Fax : 01 70 24 82 60 - infodium@infodium.fr - www.finances-hospitalieres.fr
Président, directeur de la publication et de la rédaction : Laurent Queinnec - Conception graphique et maquette : Alain Alvarez, studio2A@wanadoo.fr
Mise en page : Yohann Roy, Publiatis - Abonnements et publicité : Nadine Giraud - Imprimerie Corlet ZI - route de Vire, 14110 Condé-sur-Noireau
11 numéros par an - Abonnement 475 euros par an - Prix au numéro : 47 euros - n° de CPPAP 0426 T 88884 - ISSN 1955-642X
Dépôt légal date de parution - © Infodium - Reproduction interdite pour tout pays sauf autorisation de l'éditeur.



BULLETIN D'ABONNEMENT

Finances Hospitalières

A compléter et renvoyer avec si nécessaire les informations pour un dépôt sur Chorus à :
Finances Hospitalières - Infodium - 69, avenue des Ternes 75017 Paris
TEL : 09 81 07 95 76 FAX : 01 70 24 82 60 - infodium@infodium.fr

W145

**1 an, 11 numéros papier
+ 1 accès numérique
+ base documentaire sur
www.finances-hospitalieres.fr
au prix de 475 € TTC**

Ci-joint mon règlement par :

- Bon de commande/réf. Chorus jointe
- Chèque à l'ordre d'INFODIUM, une facture justificative sera envoyée
- Mandat administratif/Réception de facture

Raison sociale :
Nom : Prénom :
Fonction :
Adresse :
.....
Code Postal : Ville :
Téléphone : Fax :
E-mail (**Obligatoire**) :

Cachet /Date
Signature

Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant.

Infodium - SAS au capital de 4 200 euros - Siret : Paris B 494 345 309 00038
69, avenue des Ternes 75017 Paris - tél : 09 81 07 95 76 - Tarif applicable du
1^{er} Janvier 2023 au 31 Décembre 2023.