

Agnès Verdier-Molinié,
Directrice de la Fondation
iFRAP*



Y a-t-il des marges de manœuvre dans les dépenses de santé ?

La fondation iFRAP s'intéresse particulièrement à l'idée de payer les services publics au juste prix pour une qualité identique, voire supérieure. Sur les 170 milliards de dépenses d'assurance maladie, il serait possible, selon notre Fondation, d'économiser entre 9 et 11 milliards chaque année en ayant une qualité de service équivalente.

Le dernier rapport de l'Inspection Générale des Finances confirmait cette fourchette de 10 à 15 milliards d'euros d'économies potentielles par an. Cela demande de changer totalement le regard du gouvernement, des bénéficiaires et des gestionnaires des services publics de la santé. Des économies pourraient, de plus, être réalisées dans d'autres

domaines, à hauteur de 60 milliards d'euros par an. L'iFRAP a fait de nombreuses propositions afin de réaliser des économies dans le domaine de la santé :

- En première ligne, la question des tarifs des hospitalisations où 7 milliards d'euros pourraient facilement être économisés en alignant les tarifs entre l'hospitalisation privée et publique. La Cour des Comptes rejoint ici l'iFRAP en confirmant ce chiffre de 7 milliards. Il est impératif de mener cette économie à bien.
- Il serait aussi possible de réaliser une économie non négligeable de 500 millions à 1 milliard d'euros par an sur le coût des transports sanitaires, notamment en réduisant les abus de la part des usagers.
- La situation des affections longue durée (ALD) est elle aussi préoccupante avec aujourd'hui 78 milliards

*iFRAP : Institut Français pour la Recherche sur les Administrations et les Politiques Publiques
FHP n°23 Nov-Déc 2013

Si toutes les cliniques privées étaient supprimées, cela coûterait entre 2 et 3 milliards d'euros de plus au système de santé

d'euros de remboursements par an. Ceci représente 8 milliards d'euros de surcoût par rapport à un remboursement ordinaire avec, en plus, une augmentation moyenne de 8,5 % par an depuis 2002 du nombre de bénéficiaires (ils sont aujourd'hui 10 millions). Cela pose la question de la liste des affections longue durée (qui sont à l'heure actuelle une trentaine), ainsi que la question d'un « bouclier sanitaire » qui ferait qu'en fonction des revenus, les assurés ne seraient plus remboursés à 100 % à partir d'un certain plafond de dépense. Il est impératif de redéfinir ces ALD et de réorganiser la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie.

Cela parce que le coût global de l'organisation administrative de l'ensemble des organismes paritaires de sécurité sociale pourrait être bien moins important, notamment en termes de redistribution chaque année des 620 milliards d'euros de dépenses sociales. Ce coût est très élevé : la moyenne de l'OCDE est de 0,8 % par rapport au PIB alors qu'il est de 1,4 % en France, soit 6 milliards de surcoût de l'ensemble des organisations de sécurité sociale. 33 milliards d'euros sont dépensés tous les ans pour redistribuer l'argent du social en France. Si toutes les cliniques privées étaient supprimées, cela coûterait entre 2 et 3 milliards d'euros de plus au système de santé.

Le calcul inverse a été fait par la Cour des Comptes qui arrivait à 7 milliards d'euros qui pourraient être économisés si les tarifs des cliniques étaient appliqués à l'ensemble des établissements hospitaliers.



Notre système est dual (avec des cliniques privées et hôpitaux publics), il serait utile d'appliquer les méthodes qui fonctionnent dans le domaine privé pour gérer le public, comme cela a déjà été suggéré par le passé. Mais la situation n'évolue pas depuis le début des années 2000, lorsque ce problème a été évoqué pour la première fois. Le système reste dans une logique de tarifs différents. Or le secteur hospitalier est le domaine de l'assurance maladie où il est possible de faire le plus d'économies.

La gestion hospitalière en Europe est en pleine phase de réorganisation et il est primordial qu'il y ait rapidement une évolution en France, avant que le déficit de 11 milliards d'euros ne se creuse davantage et ne complique la résolution de ce problème. Si l'on compare la France et l'Allemagne, on constate que les dépenses hospitalières par habitant en France sont de plus de 1 000 € par an, contre 750 € en Allemagne. De plus, les effectifs de personnels hospitaliers en France sont bien supérieurs : pour 100 000 habitants, il y a 1 626 personnels en France contre 1 296 en Allemagne. Ce sureffectif s'exprime par le fait qu'au début des années 1980 l'État a créé le statut de « fonction publique hospitalière ». Ceci a engendré une difficulté à gérer l'hôpital de façon

souple, que l'on peut par exemple constater avec la question du jour de carence. L'iFRAP considère qu'il faut insérer 1 à 3 jours de carence dans l'ensemble des fonctions publiques, mais il est opposé à l'idée que dans le privé ces jours de carences de nombreux personnels soient pris en charge. Après avoir étudié les conventions collectives d'une cinquantaine d'établissements privés, l'iFRAP a constaté que :

- ➔ moins de la moitié payait ces jours de carence, et la plupart du temps à 80 % ;
- ➔ de plus en plus de conventions collectives, notamment la convention bancaire, les ont plafonnés à 6 jours par an.

Quand on étudie tous les rapports des chambres régionales des comptes, notamment celle de l'île de France sur l'AP-HP, le nombre de jours d'absence par agent non médical est de 22 jours pour les non soignants en 2010 et de 24 jours pour les soignants, dont 7 de maladie ordinaire, contre 3 à 4 jours dans le domaine privé. Cela constitue un vrai surcoût structurel de l'hôpital public que personne n'évoque et le jour de carence représenterait une économie de 300 millions d'euros sur une année pleine hospitalière (ce qui représente 5 000 équivalents temps plein). Ce problème de statut est donc très important et empêche les restructurations, les fusions d'hôpitaux et un meilleur management. Il est regrettable que, dans un contexte budgétaire tendu, des décisions comme la construction d'établissements de soins ne soient pas prises en fonction de ce qui est nécessaire et finançable.

D'autre part, la transparence des comptes en France n'existe pas : ces comptes ne sont pas mis en ligne, ne sont pas déposés et il n'existe pas de statistiques des bilans sociaux. Or tous ces éléments sont nécessaires car les bilans de la Cour des comptes ne sont pas suffisants. Sur les 101 caisses d'assurance maladie, seules 16 ont accepté de fournir à l'iFRAP leur rapport d'activité annuel. Il n'est pas normal qu'un



La gestion hospitalière en Europe est en pleine phase de réorganisation

citoyen ne puisse pas obtenir d'informations sur la gestion et l'activité de ces caisses. La CNAMTS réalise chaque année un rapport sur la gestion différenciée par caisse d'assurance maladie, mais il n'est pas publié. L'iFRAP pense qu'il serait souhaitable d'effectuer un regroupement des caisses car il n'est plus nécessaire d'avoir des caisses de proximité, puisque la majorité des transactions est dématérialisée. Mais pour pouvoir justifier cet avis, il faut avoir accès aux données de santé et de gestion de santé,

BIOGRAPHIE

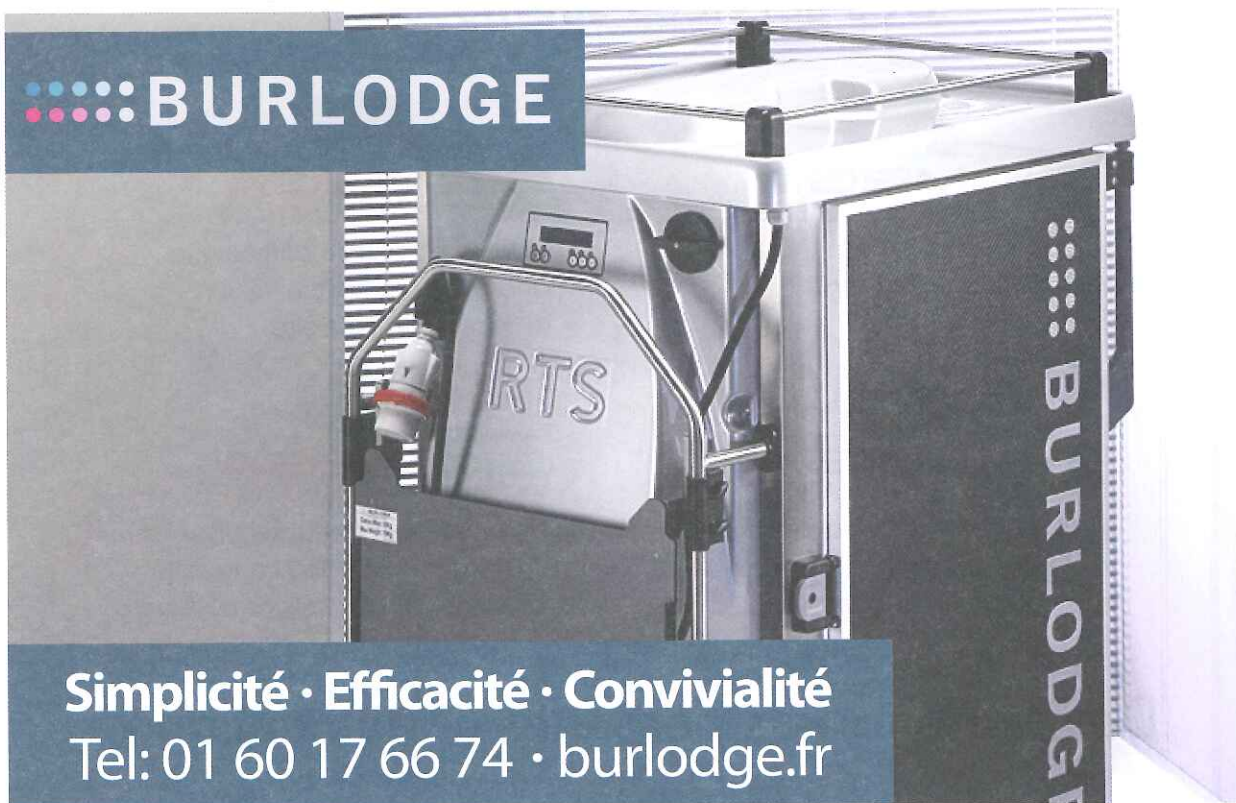
Agnès VERDIER-MOLINIÉ, Directeur de la Fondation iFRAP depuis décembre 2009, diplômée d'Histoire économique contemporaine

Elle a rejoint l'iFRAP en 2002 en tant que chercheur puis en tant que Responsable des Relations Institutionnelles après un parcours dans les médias notamment au Figaro, L'Express et France Info. Elle a été membre du comité exécutif du Codice (Conseil pour la Diffusion de la Culture Économique) nommé en 2008 par la ministre des Finances Christine Lagarde (le Codice a été dissous en 2010).

Agnès Verdier-Molinié est aussi auteur, aux éditions Jean-Claude Lattès, de « La Mondialisation va-t-elle... nous tuer ? », en 2008, des « Fonctionnaires contre l'État. Le grand sabotage », aux éditions Albin Michel en 2011, et « 60 milliards d'économies ! Oui... mais tous les ans », aux éditions Albin Michel en 2013. Elle a été élue "personnalité Think-tank de l'année 2010" dans le cadre des Trophées des Think-tanks organisés par l'Observatoire français des Think-tanks.

or elles ne sont pas, aujourd'hui, accessibles. Cette opacité est permanente quel que soit le régime politique en place et correspond à une certaine vision de l'administration et de la CNIL de ce qui est publiable ou pas.

L'iFRAP attend l'Open Data et souhaite que des expérimentations soient menées pour arriver à faire gérer, par d'autres gestionnaires, les hôpitaux publics, non pas sous un angle idéologique, mais sous un angle d'obligations. Et ce parce qu'il n'est pas possible d'augmenter indéfiniment les cotisations maladie (qui sont déjà très lourdes en France) et qu'il faut financer le système de santé. Il est nécessaire de mettre en place des gestions alternatives pour l'hôpital, mais aussi pour tout secteur dans un souci d'économie. Il est regrettable que pour chaque sujet il y ait, en France, autant d'interlocuteurs et que les dépenses soient si morcelées. Tout ceci entraîne une concurrence permanente entre les différents acteurs publics ; la multiplicité de ces acteurs engendre des surcoûts alarmants.



BURLODGE

Simplicité · Efficacité · Convivialité
Tel: 01 60 17 66 74 · burlodge.fr