

Le taux du PIB (Produit Intérieur Brut) consacré aux dépenses de santé augmente régulièrement □
Il faut une régulation (8% du PIB)

Constat récurrent : l'opacité de gestion, d'utilisation des ressources, et la non appréciation des objectifs et des services rendus », dans le secteur hospitalier tout en précisant qu'« il s'agit plus d'une opacité dans l'exploitation des données que d'une absence réelle d'informations ».

Nécessité de diminuer les dépenses de santé

: fixation annuelle par le parlement d'un Objectif National des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), avec une alerte en cas de dépassement des objectifs. Mesures drastiques (diminution des tarifs) et contrôles des fraudes ou erreurs d'admissions !

Les Assurances Complémentaires et les patients sont de plus en plus souvent mis à contributions financièrement

Ticket modérateur, forfait hospitalier, forfait de 18 euros pour les actes coûteux, franchise prévue en 2008,.... Comme avec les assureurs, les patients payeurs deviennent également des partenaires qui groupés en associations souhaitent participer à l'optimisation de la prise en charge des soins : information sur la prise en charge (Loi Kouchner, consentement,..) et sur la qualité des soins ou le service médical rendu (CRUQ [1], avis lors de la certification,..)

Une volonté contractuelle : payer « à tarifs égaux » les prestations effectuées dans les secteurs privés et publics

Vis-à-vis de l'hôpital public, il existe une volonté contractuelle contradictoire des partenaires politiques, administrateurs et financeurs à vouloir faire payer « à tarifs égaux » les prestations effectuées dans les secteurs privés et publics tout en souhaitant conserver la prise en charge « publique » et spécifique de certaines pathologies, situations ou populations dans le secteur public. Confronter à un afflux de personnes défavorisées, les établissements publics souhaitent éviter le tri des patients, conserver une médecine de qualité, à large « case mix » et continuer à répondre aux obligations d'un service publics (ouverture 24h / 24, urgences multidisciplinaires, SAMU, SMUR, prévention, éducation en santé,...) malgré le cadre d'une convergence avec les tarifs des prestations du secteur privé ou PSPH.

Un dérapage de l'ONDAM [2] proche de 2 milliards d'euros

Selon les statistiques publiées par la CNAMTS en mai 2007, sur les douze derniers mois, les dépenses remboursées par le régime général dans le champ de l'Ondam progressent de 3,1 % en avril contre 3,0 % à fin mars 2007. Rythme très supérieur à celui fixé pour l'année 2007. Les soins de ville ont bondi de 4,5 % sur un an (4 % en mars).

Les établissements sanitaires publics, privés et médico-sociaux font preuve de plus de modération, avec des croissances respectives de 0,4 %, 3 % et 7,8 % des remboursements. En cumul sur les quatre premiers mois de 2007 par rapport à la même période de 2006, les soins de ville sont en hausse de 5 % et le total du champ Ondam de 4,1 %. Le comité d'alerte, qui anticipe un dérapage de l'Ondam proche de 2 milliards d'euros, a décidé de déclencher la procédure de notification officielle aux pouvoirs publics sans attendre les législatives, pour proposer des mesures de redressement immédiates afin que l'objectif de dépenses pour 2007 soit respecté ou, à tout le moins, que l'on revienne sous le seuil d'alerte, ce qui représenterait déjà "un effort conséquent de 700 à 800 millions d'euros".

Le ministre du Budget et des Comptes publics, Eric Woerth, exclut toute hausse de l'Ondam et veut éviter de présenter une loi de financement rectificative de la Sécurité sociale à l'été. "Ce qui

écarterait, de fait, les mesures nécessitant une modification législative, telles que la création de la fameuse franchise non remboursée sur les soins, que le gouvernement ne compte pas mettre en place avant le 1er janvier 2008". A ce sujet, le Premier ministre a confirmé que la franchise sur les soins médicaux était une piste prioritaire pour le financement de la santé.

Au total : Une forte **PRESSION ECONOMIQUE** accompagnée du souhait de conserver un service médical rendu dit efficient

Textes réglementaires principaux

1 Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux soumis à autorisation,

2 Ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé,

3 Décret du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Principaux volets du plan hôpital 2007

1 Un nouveau mode de *tarification à l'activité* (T2A)

2 Une modernisation et une simplification de l'organisation interne dite « *nouvelle gouvernance* »

3 Une relance contractuelle de l'investissement hospitalier

4 Une simplification de l'organisation sanitaire SROS 3 [3] et COM [4]

5 Différents volets complémentaires : DMP [5], certification, EPP [6]

Notes :

[1] commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

[2] Objectif National des dépenses d'Assurance Maladie

[3] schéma régional de l'organisation sanitaire

[4] contrat d'objectifs et de moyens

[5] dossier médical personnel

[6] évaluation des pratiques professionnelles