



HAL
open science

Le financement des dépenses de santé, une recherche constante d'économies

Aurélie Dort

► **To cite this version:**

Aurélie Dort. Le financement des dépenses de santé, une recherche constante d'économies. Revue française de finances publiques, 2020, Les finances publiques – Quelle place pour demain ?, 151, pp.211-232. hal-03018740

HAL Id: hal-03018740

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03018740v1>

Submitted on 5 Sep 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

LE FINANCEMENT DES DEPENSES DE SANTE, UNE RECHERCHE CONSTANTE D'ECONOMIES

Aurélie DORT

Maître de conférences,

Faculté de Droit, Economie et Administration de Metz,

Université de Lorraine

Résumé : S'il est trop tôt pour étudier les conséquences financières qu'aura la crise sanitaire après des années de restrictions budgétaires, il est toutefois intéressant d'observer comment l'évolution des dépenses de santé ces dernières années a traduit une recherche constante d'économies. Il s'avère en effet que les dépenses de santé n'ont pas directement été réduites mais leur augmentation n'a pas suivi celle de l'ONDAM ou du budget de l'Etat, elle est restée limitée et contrainte.

Summary: While it's too early to study the financial consequences of the health crisis after years of budget cuts, nevertheless it's interesting to observe how the evolution of health expenditure in recent years has reflected a constant search for savings. Indeed, it appears that health expenditure hasn't been directly reduced, but its increase hasn't kept pace with the ONDAM or the State budget, it has remained limited and constrained.

« Existe-t-il pour l'homme
un bien plus précieux que
la santé ? » Socrate

La santé a un prix. Si certains considèrent qu'elle ne s'achète pas directement, elle nécessite néanmoins des moyens financiers pour que l'on puisse en bénéficier. Les médicaments, le personnel soignant, des masques ou des respirateurs artificiels, tant de moyens qui doivent être financés pour nous permettre de retrouver la santé face à une pandémie. Cette crise sanitaire majeure que connaît l'humanité actuellement met malheureusement en exergue les conséquences d'une recherche constante d'économies dans le financement des dépenses de santé.

Dès 1910, le gonflement croissant des dépenses publiques destinées à soulager le paupérisme et l'extension de ce fléau préoccupe à juste titre, notamment en France et en

Angleterre, les moralistes, les hommes d'État mais aussi les financiers ¹. Concomitamment au développement de la société, le financement des dépenses de santé est rapidement devenu primordial, dès lors la nécessité de financer les dépenses sociales n'est pas une problématique récente puisqu'elle puise ses racines dans un contexte historique particulier ². Les perspectives de financement de la protection sociale dépendent des longues périodes propres aux dépenses de santé, de retraite et de prise en charge de la perte d'autonomie, eu égard notamment à l'allongement de la durée de la vie ³. La prise en charge des soins de l'assurance maladie est au cœur de la protection sociale ; à ce titre la Sécurité sociale est couramment perçue comme étant « *synonyme d'assurance maladie* » ⁴. Des difficultés financières sont rapidement intervenues mais l'élargissement de la population couverte et l'augmentation du nombre de cotisants en découlant sont venus y remédier. Néanmoins en 1967, une nouvelle distinction entre quatre branches dont l'objectif est instaurée afin d'opérer un meilleur contrôle des dépenses de chacune d'entre elles. L'ordonnance n°67-706 ⁵ qui s'inscrit dans le cadre de la Réforme JEANNENEY avec les ordonnances n° 67-707 ⁶, n° 67-708 ⁷ et 67-709 ⁸ et vient définir la nouvelle organisation du système de Sécurité sociale. Ces ordonnances constituent à l'époque pour la Sécurité sociale une réforme organisationnelle d'ampleur, et traduisent notamment « *le renforcement de la logique assurancielle* » ⁹. Progressivement la France a su se doter d'un système d'assurance et protection sociale destiné à prémunir tout ou partie de la population contre des risques liés à la santé, à la vie courante, au travail ¹⁰. La logique assurantielle de la Sécurité sociale représente un coût certain qui a été exacerbé par le développement de la logique solidaire de la Sécurité sociale ainsi que par la généralisation de la Sécurité sociale

¹ BARTHELEMY (J). « L'effort charitable de la Troisième République », *Revue de droit public*, t.XXVII, 1910, pp.340-341 ; cité également par BEC (C.), *La Sécurité sociale, une institution de la démocratie*, Paris, Gallimard, Coll. Bibliothèque des sciences humaines, 2014, p.48.

² COUTANT (A.), *Fiches d'Institutions et Politiques sociales*, Paris, Ellipses, 2010, p.12.

³ Haut Conseil du financement de la protection sociale, *État des lieux du financement de la protection sociale en France*, t.1, 31 octobre 2012, p.71.

⁴ PHILIP (L.) « La protection sociale et les nouvelles frontières entre finances publiques et finances privées », *RFFP*, n° 79, 2002, p.38.

⁵ Ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale, JORF du 22 août 1967, p.8403.

⁶ Ordonnance n° 67-707 du 21 août 1967 portant modification du livre V du code de la santé publique relatif à la pharmacie, de diverses dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux prestations et de la loi n° 66-419 du 18 juin 1966 relative à certains accidents du travail et maladies professionnelles, JORF du 22 août 1967, p.8409.

⁷ Ordonnance n° 67-708 du 21 août 1967 relative aux prestations familiales, JORF du 22 août 1967, p.8413.

⁸ Ordonnance n° 67-709 du 21 août 1967 portant généralisation des assurances sociales volontaires pour la couverture du risque maladie et des charges de la maternité, JORF du 22 août 1967, p.8414.

⁹ PELLET (R.), « Les assurances sociales sont-elles solubles dans la fiscalité ? Mise en perspective historique de la décision Cons. Constit. n° 2014-698 DC, 6 août 2014 », *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, (n° 1), 2014, p.17.

¹⁰ TOULOUSE (J.-B.), de LEUSSE (J.-F.), ROLLAND (Y.) et PILLOT (X.), *Finances publiques et politiques publiques*, Paris, Economica, 1987, p.553.

et l'extension de sa prise en charge qui ont également occasionné de nouvelles dépenses de santé qu'il a fallu financer. Les dépenses sociales ont alors une importance financière qui atteint ou dépasse souvent celle du budget de l'État. En France, les finances sociales excèdent les finances publiques purement étatiques puisque les recettes des régimes obligatoires de Sécurité sociale estimées pour 2020 sont de 517 Md€¹¹, alors que les recettes fiscales nettes de l'État prévues dans le projet de loi de finances pour 2020 atteignent environ 293 Md€¹². Par son poids financier, la protection sociale est alors « *un enjeu* »¹³ d'importance. Par conséquent, limiter les finances publiques aux seules finances de l'État ne paraît plus guère réaliste¹⁴. Cette « *inexorable croissance* »¹⁵ a entraîné une transformation des finances publiques au sein desquelles les finances sociales donnent une représentation exacte de l'institution qu'incarne la Sécurité sociale, une institution qui tire de l'intervention accrue de la représentation nationale « *une légitimité nouvelle et incontestable* »¹⁶. Les conséquences politiques des finances sociales et leur poids financier en perpétuelle évolution mettent les cotisations sociales au premier plan et il apparaît nécessaire d'enrayer « *la dérive alarmante des comptes de la Sécurité sociale* »¹⁷.

Le financement des dépenses de santé est source d'une réelle inquiétude gouvernementale depuis 1983 puisque Pierre BEREGOVOY annonçait déjà qu'il entendait maîtriser la dépense hospitalière. L'objectif affiché était l'équilibre des comptes de la sécurité sociale avec la création de la dotation globale de financement. Instaurée par la loi du 19 janvier 1983¹⁸, elle a constitué le mode de financement des hôpitaux publics et des établissements d'hospitalisation privés non lucratifs, dont ceux participant au service public hospitalier (établissements visés aux alinéas a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale) de 1984 jusqu'à la mise en place de la tarification à l'activité en 2004. Elle consistait en une dotation forfaitaire rémunérant la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance-maladie. Elle peut être définie comme la différence entre la totalité des charges

¹¹ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, JORF n°0300 du 27 décembre 2019.

¹² Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020, JORF n°0302 du 29 décembre 2019.

¹³ TOULOUSE (J.-B.), de LEUSSE (J.-F.), ROLLAND (Y.) et PILLOT (X.), *Finances publiques et politiques publiques*, *op.cit.*, p.554.

¹⁴ OLIVA (É.), « Essai de définition normative du domaine des finances publiques », in *Mélanges Loïc Philip, Constitution et finances publiques*, Paris, Economica, 2005, p.494.

¹⁵ HERTZOG (R.), « Le ménage à trois : État, collectivités locales et sécurité sociale, ou pourquoi l'autonomie fiscale des collectivités locales ne progressera pas », *Annuaire des collectivités locales*, t.22, 2002, p.61.

¹⁶ PRÉTOT (X.), « L'évolution des finances sociales. Quelques réflexions d'ordre économique, juridique et politique ... », *RFFP*, n° 87, 2004, p.145.

¹⁷ FRAISSEIX (P.), « Le Parlement et la Sécurité sociale : la consolidation de ce couple par la révision constitutionnelle du 22 février 1996 », *RDP*, n° 3, 1998, p.749.

¹⁸ Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, *JORF* du 20 janvier 1983, p.374.

d'exploitation inscrites au budget général et la totalité des recettes correspondantes, autres que la dotation globale¹⁹. Son versement aux établissements de santé était assuré sous la forme d'allocations mensuelles par la caisse de sécurité sociale du régime général. Reconnue chaque année en l'absence de toute négociation réelle entre l'autorité de tutelle et l'établissement, elle était calculée sur la base de l'exercice précédent modulé du taux de croissance des dépenses hospitalières, déconnectant ainsi les moyens de l'évolution de l'activité.

En 1995, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est créé et instaure un plafond de dépenses que les hôpitaux ne peuvent pas dépasser. Le financement et le fonctionnement de l'hôpital ont ensuite été profondément modifiés pendant les années 2000, avec la mise en place de pôles d'activités et d'une nouvelle gouvernance financière reposant sur une étroite collaboration entre les différentes instances participant à la gestion de l'établissement. Jean François MATTEI annonce ainsi en 2003 une réforme de l'assurance maladie devant intervenir l'année suivante et notamment un plan d'investissement dans l'hôpital mis en œuvre par une tarification de l'activité. Les modalités de financement tiennent dès lors d'avantage compte de l'activité et du dynamisme de chaque établissement. Le budget des hôpitaux va ainsi dépendre du nombre d'actes médicaux qu'ils vont réaliser mais aussi de leur technicité. Ainsi, plus un établissement pratique d'actes techniques, plus son budget est élevé. La tarification à l'activité a été mise en place en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». Elle constitue le mode quasi unique de financement pour les activités pratiquées par les établissements de santé, aussi bien publics que privés. Elle repose ainsi sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective des établissements qui détermine les ressources allouées. Elle s'applique « *à l'ensemble des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, quel que soit le statut de l'établissement, public ou privé* »²⁰. Les hôpitaux locaux et les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées sont toutefois maintenus en dehors du champ de la réforme.

Les ressources des établissements de santé sont alors calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation des recettes. Néanmoins en 2009, Nicolas SARKOZY entend modifier la gouvernance des établissements de santé et affirme alors « *Il faut un patron et un seul* ». Il instaure à cette fin la nomination des directeurs d'hôpitaux en charge de la gestion financière. Cette nouvelle gouvernance, mise en place par la loi HPST

¹⁹ PERRIER (L), *Modes de financement du service public hospitalier et trajectoire optimale du patient en cancérologie pédiatrique*, Thèse, Lyon 2, 2001, p.16.

²⁰ Exposé des motifs, Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, JORF n°293 du 19 décembre 2003, p.21641.

du 21 juillet 2009²¹, repose sur une direction renforcée, en concertation étroite avec le directoire, sous le contrôle du conseil de surveillance. En 2015, le Gouvernement présente un plan d'économie de 10 Md€ sur 3 ans dont 3 Md€ d'économies prévues dans les hôpitaux. La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2016²² prévoit ainsi que la progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie sera limitée à 1,75 %. Cette évolution représente un effort inédit de 3,4 Mds€ d'économies. Ces économies, qui s'inscrivent dans le cadre du plan ONDAM 2015-2017, reposeront sur « *une efficacité accrue de la dépense hospitalière, la promotion de la pertinence des pratiques et des prescriptions, la rémunération des produits de santé à leur juste prix et le développement des génériques et l'amplification du virage ambulatoire du système français de soins* »²³.

Cet effort semble se poursuivre en 2016 avec la loi de modernisation de notre système de santé²⁴ qui instaure les groupements hospitaliers de territoire et incite ainsi à la fusion entre hôpitaux. Cela se traduit par une baisse du nombre d'hôpitaux en France avec cependant la consécration d'un « *service public hospitalier rénové, c'est-à-dire indivisible, conçu comme un bloc d'obligations* ». Si en 2018, Emmanuel MACRON affirmait ne pas vouloir faire « *d'économies sur l'hôpital dans ce quinquennat* ». Il s'est avéré qu'une circulaire du ministère de la santé a rapidement affirmé que « *pour 2018, le niveau des économies sur le champ des établissements de santé s'élève à 1,6Md€ dont 960M€ d'économies pesant directement sur le budget des établissements de santé* »²⁵. Par ailleurs rappelons que le budget hospitalier est, en moyenne, consacré : pour 67% aux dépenses de personnel ; pour 15% aux achats de médicaments et de dispositifs médicaux ; pour 9% aux autres achats ; et pour 9% aux amortissements et aux frais financiers²⁶. Faire des économies sur les établissements de santé revient dès lors en grande partie à diminuer la masse salariale.

Néanmoins après un an de mobilisation sociale dans les hôpitaux, un plan d'urgence pour l'hôpital est présenté. Il est annoncé une reprise de la dette des hôpitaux publics, à hauteur de 10 Md€ ainsi qu'une augmentation des sommes allouées aux dépenses de santé. Le Premier ministre promet ainsi 1,5 Md€ supplémentaire pour l'Assurance maladie. A travers la reprise de la dette, le gouvernement entend ainsi répondre à une baisse de moitié

²¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p.12184.

²² Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, JORF n°0296 du 22 décembre 2015, p.23635.

²³ Compte rendu du Conseil des ministres du 7 octobre 2015 relatif à la LFSS pour 2016.

²⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n°0022 du 27 janvier 2016

²⁵ Circulaire n° DGOS/R1/2018/114 du 4 mai 2018 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

²⁶ <https://www.hopital.fr/Nos-Missions/Le-fonctionnement-de-l-hopital/Le-financement-de-l-hopital>

de l'investissement hospitalier en dix ans, causé par une hausse de la dette de 40 %. Le plan de reprise de la dette est selon l'exécutif un geste fort ²⁷ et nécessaire. Selon la DREES, en 2017, près de six hôpitaux sur dix étaient en déficit budgétaire, contre 48 % en 2016. L'encours de la dette des hôpitaux publics se stabilise à 29,8 Md€ en 2017, comme en 2016, dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte ²⁸. Néanmoins cette annonce doit être relativisée puisque le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit un taux d'évolution des dépenses afférentes aux établissements de santé avant mesures d'économies qui s'établit à 3,3%, « soit un taux plus bas que 2019 (+3,7%) » ²⁹.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 prévoit néanmoins de poursuivre la transformation du système de soins en réformant notamment les hôpitaux de proximité. Elle fait suite à la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ³⁰ qui a redéfini les hôpitaux de proximité en fonction de leurs missions. La LFSS pour 2020 vient préciser leurs modalités de financement qui reposent désormais sur deux volets avec d'une part « la mise en œuvre d'une garantie de financement pluriannuelle » et d'autre part « la création d'une dotation de responsabilité territoriale ». Cette dotation a vocation à accompagner la mise en place d'une offre de consultations de spécialités ainsi que l'accès à des plateaux techniques et des équipements de télésanté. Elle permettra aux hôpitaux de proximité d'indemniser les médecins libéraux qui y exercent, pour des temps « non cliniques », afin de favoriser l'exercice mixte en ville et en hôpital de proximité ³¹.

En 2020, suite à la crise sanitaire liée à l'épidémie du Covid-19, le président de la République promet des mesures d'aides financières pour les hôpitaux ainsi qu'un plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières pour l'hôpital. L'Etat et l'assurance maladie ont ainsi garanti, via un arrêté du 6 mai 2020³², le financement des établissements de santé, public et privé, afin de faire face à l'épidémie en sécurisant notamment leurs avances de trésorerie jusqu'au 31 décembre 2020.

²⁷ https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/11/20/plan-hopital-le-gouvernement-annonce-1-5-milliard-d-euros-sur-trois-ans-et-une-reprise-d-un-tiers-de-la-dette_6019847_3224.html

²⁸ DREES, *Les établissements de santé*, 2019, p. 165.

²⁹ Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, *Annexe 7*, p.13.

³⁰ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n°0172 du 26 juillet 2019.

³¹ Exposé des motifs, Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, JORF n°0300 du 27 décembre 2019.

³² Arrêté du 6 mai 2020 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie du covid-19, JORF n°0112 du 7 mai 2020.

Il n'est plus à démontrer comment les crises économiques et financières influencent le financement des droits sociaux et des dépenses de santé. Si la crise financière de 2008 a augmenté les facteurs de risque en matière de santé et affecté la santé publique et la promotion de la santé ³³, elle a offert l'opportunité de permettre de réhabiliter la place de l'État ³⁴. L'État est plus fortement sollicité en cas de crise financière. L'une des conséquences de la dernière crise économique et financière est que les pressions sont de plus en plus fortes, en raison, d'une demande croissante de compensation des effets sociaux de la crise et d'une perte de recettes publiques ³⁵. L'État doit donc trouver le juste équilibre entre la réduction des déficits publics et le maintien des dépenses sociales. Le Conseil européen précise cependant qu'il n'est pas possible de réaliser en France d'importantes économies à court terme sans ralentir considérablement la croissance des dépenses de sécurité sociale, qui représentent plus de la moitié des dépenses publiques ³⁶. Ce constat était déjà affirmé par le Conseil européen dans sa recommandation du 14 juillet 2015 ³⁷. Le souhait de placer le redressement des finances publiques avant le maintien des droits sociaux est donc indirectement issu de l'UE puisque « *la Commission européenne et plus généralement les institutions européennes ont mieux défini leurs objectifs de maîtrise des dépenses publiques (ou d'austérité) que leurs objectifs de politique sociale (ou de solidarité)* » ³⁸. Les droits sociaux apparaissent alors comme vulnérables ³⁹ face à une crise financière et aux mesures d'austérité prises pour en sortir. Néanmoins s'il est trop tôt pour étudier les conséquences financières qu'aura cette crise sanitaire après des années de restrictions budgétaires, il est toutefois intéressant d'observer comment l'évolution des dépenses de santé ces dernières années a traduit une recherche constante d'économies.

La santé semble en effet s'accorder difficilement avec l'économie. Certains considèrent par ailleurs que ces deux notions sont « *antinomiques* » ⁴⁰. Néanmoins l'Etat s'est certes engagé

³³ ECONOMOU (C.), *op.cit.*, p.202.

³⁴ SANVITI (R.), « La guerre financière », *Humanisme et Entreprise*, 2009, n° 3, p.45.

³⁵ SIROVÁTKA (T.), « Les politiques sociales en République tchèque pendant la crise et l'Union européenne », *Revue française des affaires sociales*, 2015, n° 3, p.137.

³⁶ Commission européenne, *Recommandation du Conseil concernant le programme national de réforme de la France pour 2016 et portant avis du Conseil sur le programme de stabilité de la France pour 2016*, Rendu le 18 mai 2016, COM(2016) 330 final, p.4.

³⁷ Recommandation du Conseil du 14 juillet 2015 concernant le programme national de réforme de la France pour 2015 et portant avis du Conseil sur le programme de stabilité de la France pour 2015, JOUE du 18 août 2015, C.272/53.

³⁸ GRAZIANO (P.), HARTLAPP (M.), « La fin de l'Europe sociale ? Évaluation du rôle des changements politiques et organisationnels au sein du système politique de l'Union européenne », *Revue française des affaires sociales*, 2015, n° 3, p.92.

³⁹ KOUKIADAKI (A.), « La crise économique et les droits collectifs des travailleurs en Europe », *Revue française des affaires sociales*, 2015, n° 3, p.69.

⁴⁰ DEBARGE (O.), « La maîtrise des dépenses de santé : un enjeu financier conditionnant la politique de santé », *Revue française de finances publiques*, n°136, 2016, p. 287.

dans une maîtrise drastique des dépenses de santé mais il ne doit surtout pas négliger l'alinéa 11 du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui impose de garantir à tous la protection de la santé lorsqu'il prévoit que la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs* ». Le financement des dépenses de santé doit ainsi traduire un équilibre entre deux volontés opposées. L'Etat affiche ainsi depuis quelques années maintenant une volonté de maîtrise des dépenses de santé afin de réduire le déficit de la Sécurité sociale mais aussi afin de permettre un retour à l'équilibre budgétaire. Pour cela, divers moyens ont été mis en place. L'ONDAM s'illustre alors clairement comme un de ceux permettant une maîtrise accrue des dépenses (I) et en parallèle, l'augmentation des dépenses de santé apparaît être également relative et limitée (II).

I. Une maîtrise accrue des dépenses : l'ONDAM

L'ONDAM est présenté « *comme un outil de formalisation de l'évolution des dépenses comprises dans son champ, outil autour duquel devaient s'articuler de véritables mécanismes de régulation* »⁴¹ dans la mesure où la définition de son contenu ne résulte d'aucun texte. L'ONDAM permet en théorie de mieux suivre et contrôler les dépenses de santé. En pratique, les ajustements existent afin de rectifier les éventuels écarts puisque celui-ci a parfois été dépassé⁴². Par ailleurs, si l'ONDAM fixe un plafond, un objet de dépenses à respecter, cela n'empêche pas l'augmentation constante et supérieure à l'évolution des recettes⁴³ des dépenses de soins entrant dans le champ de l'ONDAM et ceci en dépit du consensus présent en finances sociales estimant que « *la Sécurité sociale ne doit pas engendrer de la dette et en transférer la charge sur les générations futures* »⁴⁴. De plus, seul l'objectif pour la branche maladie peut être opposable⁴⁵ car les dépenses de cette branche sont facilement ajustables et ajustées en cours d'années et d'une année sur l'autre, ce qui n'est pas le cas des autres branches. Les objectifs de dépenses figurent dans les lois de financement de la Sécurité sociale en vertu de l'article LO.111-3 du Code de la sécurité sociale. Les crédits votés sont néanmoins évaluatifs et non pas limitatifs. Dans la loi de financement de la Sécurité sociale,

⁴¹ DUFOUR (A.-C.), « LFSS et système de santé. Les lois de financement de la Sécurité sociale à l'épreuve du Pacte budgétaire », *RFFP*, 2014, n° 128, p.205 ; DUFOUR (A.-C.), *Les pouvoirs du Parlement sur les finances de la Sécurité sociale. Étude des lois de financement de la Sécurité sociale*, Paris, Dalloz, Coll. Bibliothèque parlementaire et constitutionnelle, 2012, p.253 et s.

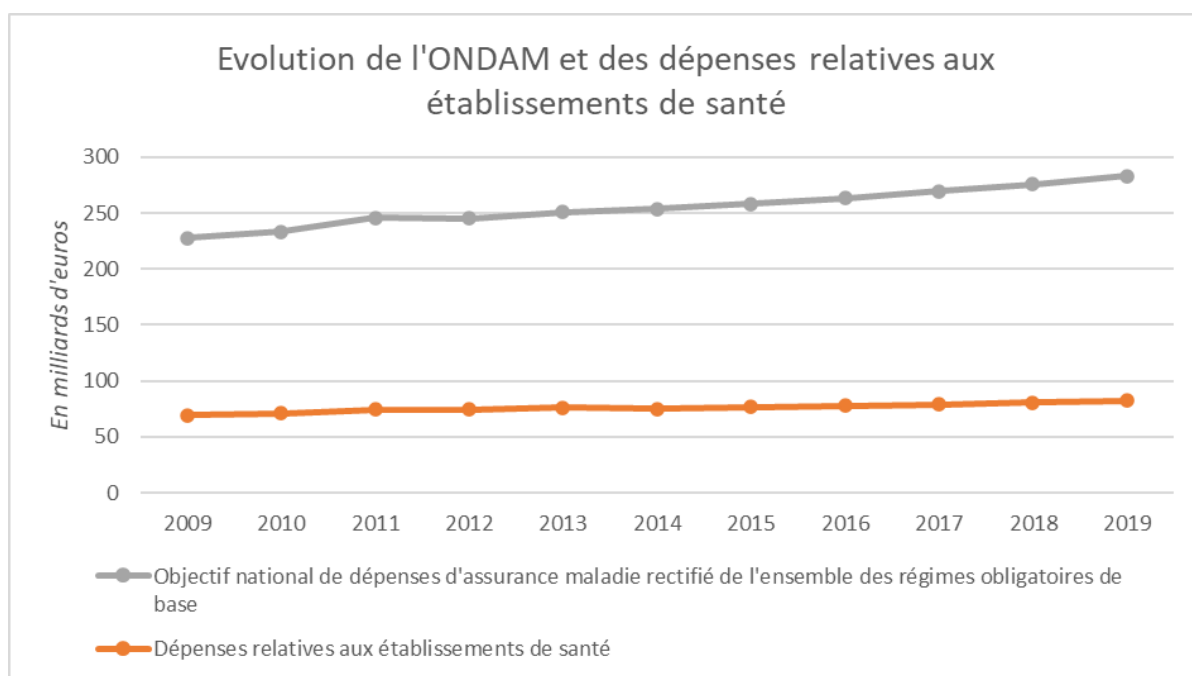
⁴² PELLET (R.), « La loi organique sur le financement de la Sécurité sociale et la réforme du système de santé », *Gazette du Palais*, 12 mars 2009, n°71, p.9.

⁴³ PLATEL (B.), « La réforme du financement de l'assurance maladie », *LPA*, 03 mars 2005, n° 44, p.29.

⁴⁴ LIBAULT (D.), « Crise et Sécurité sociale : problématique, enjeux et perspectives », *RFFP*, 2011, n°115, p.15.

⁴⁵ MATT (J.-L.), *La sécurité sociale : organisation et financement*, Paris, LGDJ, Coll. Systèmes. Finances publiques, 2001, p.64.

il s'agit d'une simple évaluation prévisionnelle ⁴⁶. La loi de financement de la sécurité sociale prévoit les montants des dépenses par branche inscrits dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, ces montants sont des objectifs et non des crédits limitatifs. Dans la mesure où l'on ne peut estimer précisément le montant des dépenses sociales pour l'année à venir, la nature même des dépenses empêche la mise en place de crédits limitatifs. L'autorisation n'est donc pas plafonnée puisqu'il s'agit de dépenses non limitatives. Néanmoins l'ONDAM est élaboré par une construction tendancielle des dépenses de santé relevant dudit objectif, dont le calcul demeure imparfait. Les dépenses de santé associent de nombreux domaines et réaliser un calcul précis n'est pas aisé, car il faut intégrer l'hôpital, les soins de ville et le médicament ⁴⁷. La Cour des comptes a cependant déploré, de manière réitérée, que l'évolution tendancielle des dépenses des soins de ville et des établissements de santé ne soit pas suffisamment précise ⁴⁸.



Source : Aurélie Dort. Données issues des lois de financement de la sécurité sociale.

La construction de l'ONDAM hospitalier consiste à prévoir l'évolution des charges des établissements, afin d'ajuster au mieux les niveaux des économies à atteindre et des différentes enveloppes de financement. Avant les mesures d'économies, la prévision de l'évolution des charges des établissements repose principalement sur une estimation de

⁴⁶ PHILIP (L.), « Considérations sur l'évolution de la jurisprudence constitutionnelle en matière fiscale », in Mélanges en l'honneur de Pierre Beltrame, Aix-en Provence, PUAM, 2010, p.462.

⁴⁷ DEBARGE (O.), « La maîtrise des dépenses de santé : un enjeu financier conditionnant la politique de santé », *Revue française de finances publiques*, n°136, 2016, p. 287.

⁴⁸ Cour des comptes, *La sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2015, p.107.

l'augmentation de leurs charges de personnel et extérieures, qui demeure affectée par des incertitudes ⁴⁹. Il est cependant intéressant de constater que l'évolution des dépenses relatives aux établissements de santé ne suit pas l'évolution de l'ONDAM. Si l'ONDAM augmente au fil des années, cela n'est clairement en raison d'une forte augmentation des dépenses hospitalières.

De plus, chaque année est définie un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le montant de cet objectif est fixé par l'Etat « *en prenant en compte les éventuels changements de régime juridique ou de financement d'établissements* » ⁵⁰. Pour assurer le respect de cet objectif, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que les changements de régime juridique et de financement de certains établissements ou services ou activités des établissements concernés sont pris en compte. Il est prévu que « *s'il apparaît, au vu de l'état définitif des dépenses de l'année précédente ou de l'état relatif aux dépenses de l'année en cours, que les résultats ne sont pas compatibles avec le respect de l'objectif de l'année, l'Etat modifie les tarifs de prestations et les tarifs de responsabilité des médicaments et des produits et prestations remboursables en sus* » ⁵¹. Cette situation intervient lorsque l'état définitif des dépenses fait apparaître un montant au titre de l'année précédente supérieur à celui de l'état provisoire pris en compte dans la construction des tarifs de l'année en cours ou que l'évolution de l'activité de l'année en cours est plus rapide que celle qui avait été retenue à titre prévisionnel pour la construction desdits tarifs. Néanmoins, il s'avère que l'Etat prend régulièrement des arrêtés modificatifs venant diminuer cet objectif. Tel est notamment le cas de l'arrêté du 10 mars 2020 ⁵² modifiant l'arrêté du 6 mars 2019 fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie pour l'année 2019. Les objectifs pour 2017 et 2018 ont ainsi été revu deux fois à la baisse et celui pour 2019, une seule fois. Il demeure néanmoins surprenant de voir que si l'objectif fixé

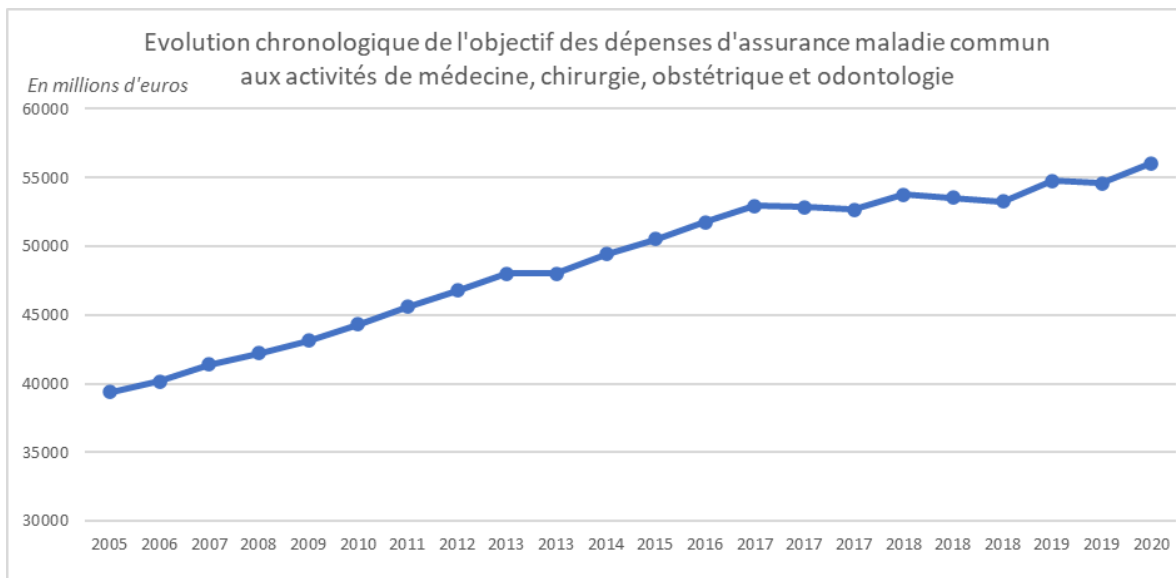
⁴⁹ Cour des comptes, *La sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2015, p.107.

⁵⁰ Exposé des motifs, Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, JORF n°293 du 19 décembre 2003, p.21641.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² Arrêté du 10 mars 2020 modifiant l'arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, JORF n°0062 du 13 mars 2020.

pour 2020 par l'arrêté du 27 février 2020 ⁵³ a été augmenté par rapport à celui de 2019, il ne traduit cependant qu'une augmentation de 2,30% comparé à celui initialement déterminé pour 2019.



Source : Aurélie Dort. Données issues des arrêtés fixant pour l'année l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnés à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale.

Force est de constater que ces dernières années, l'augmentation de l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie est moindre. Il est également intéressant de relever que le 10 mars 2020, il a été décidé de revoir à la baisse l'objectif pour 2019 alors même que la France commençait à envisager de se confiner en raison de la pandémie mondiale liée au Covid-19. De plus, aucun arrêté n'a pour l'instant été pris afin d'augmenter cet objectif pour l'année 2020.

Il convient néanmoins de garder à l'esprit que ces objectifs de dépenses concernent des crédits évaluatifs et non limitatifs. Les hôpitaux ne sont donc pas complètement limités, et heureusement vu le contexte sanitaire actuel. Concernant le cas où les dépenses mandatées dépasseraient le montant des crédits prévus à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour les chapitres faisant partie des crédits qui présentent un caractère limitatif au sens de l'article L. 6145-8 du code de la santé publique, le directeur de l'établissements public de santé doit depuis l'ordonnance du 15 avril 2020 ⁵⁴ en informer l'agence régionale de santé dans un délai maximal d'un mois après le mandatement de la dépense.

⁵³ Arrêté du 27 février 2020 fixant pour l'année 2020 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, JORF n°0053 du 3 mars 2020.

⁵⁴ Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19, JORF n°0093 du 16 avril 2020.

Au même titre que pour l'ONDAM, si l'on se concentre uniquement sur les chiffres, les dépenses de santé augmentent. Cette augmentation est cependant limitée et bien relative.

II. Une augmentation relative et limitée des dépenses de santé

La Sécurité sociale est une protection contre les risques, elle apporte dès lors une protection financière lors de la survenance d'un risque. La prise en charge des dépenses sociales est liée au caractère social de la République affirmé par l'article premier de la Constitution du 4 octobre 1958 qui dispose que « *la France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale* ». Cette reconnaissance s'inscrit dans la continuité de l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui garantit la protection de la santé et une sécurité matérielle. La question du financement des hôpitaux pose néanmoins la question du financement du droit à la protection de la santé. Le droit à la protection de la santé, bien qu'évoqué dans la décision n° 74-54 DC du 15 janvier 1975⁵⁵, possède une valeur constitutionnelle depuis la décision n° 80-117 DC du 22 juillet⁵⁶. Avec la création de la Sécurité sociale, il est devenu nécessaire de financer les prestations sociales nouvellement créées et les dépenses de santé occasionnées. Si ces dépenses n'ont cessé d'augmenter, force est de constater qu'elles n'évoluent pas toutes au même rythme.

Les dépenses sociales poursuivent « *leur progression à un rythme autonome* »⁵⁷ depuis l'instauration de la Sécurité sociale. Dès 2010, les dépenses de protection sociale s'élevaient à 43% des dépenses publiques, 57% si on leur ajoute les dépenses de santé⁵⁸ qui depuis 2009 excèdent 30% du PIB. Xavier PRETOT estime que la dépense échappe à toute maîtrise et à toute cohérence⁵⁹ et que ce constat explique la constante augmentation des dépenses de la Sécurité sociale. Les difficultés financières de la Sécurité sociale ne sont, en effet, pas choses nouvelles puisqu'en 1987, Jean-Pierre POUILLIER considérait que « *dans un contexte économique-politique qui éprouve des difficultés considérables à enrayer un gonflement rapide de la dette publique et à faire reculer les taux de chômage, les régimes de protection sociale*

⁵⁵ « *Aucune des dérogations prévues par cette loi n'est, en l'état, contraire à l'un des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République ni ne méconnaît le principe énoncé dans le Préambule de la Constitution de 1946, selon lequel la Nation garantit à l'enfant la protection de la santé, non plus qu'aucune des autres dispositions ayant valeur constitutionnelle édictées par le même texte.* » - Cons. Const., Décision n° 74-54 DC du 15 janvier 1975, *Loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse*, JO du 16 janvier 1975, p.671, Recueil p.19, Considérant n° 10.

⁵⁶ Cons. Const., Décision n° 80-117 DC du 22 juillet 1980, *Loi sur la protection et le contrôle des matières nucléaires*, JO du 24 juillet 1980, p.1867, Recueil p.42, Considérant n° 4.

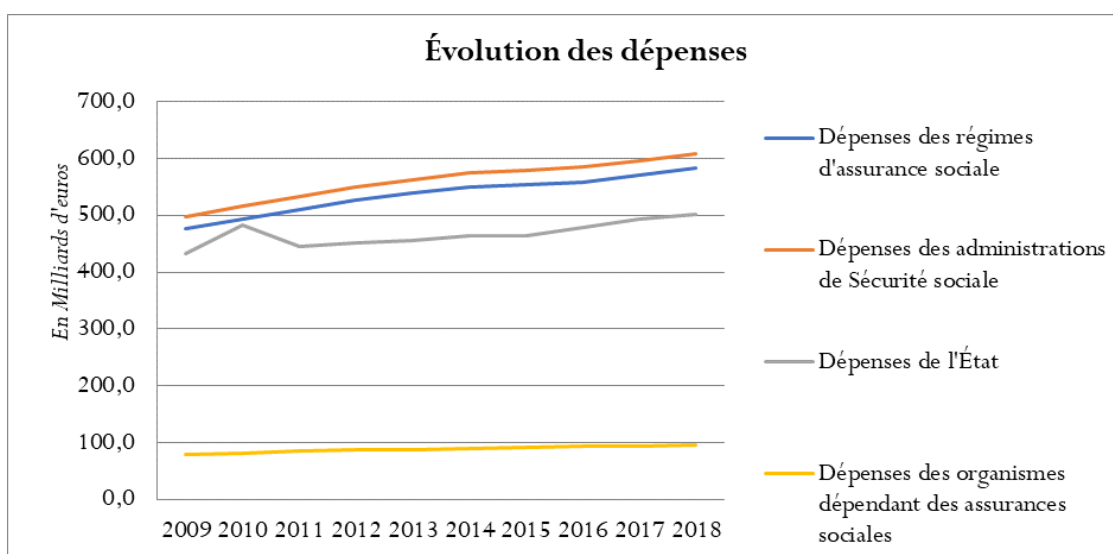
⁵⁷ DE VILLEPIN (R.), « *Vingt ans de finances publiques* », *Économie et statistique*, n° 139, Décision 1981, p.59.

⁵⁸ Haut Conseil du financement de la protection sociale, *État des lieux du financement de la protection sociale en France*, t.1, 31 octobre 2012, p.17.

⁵⁹ PRÉTOT (X.), « *Le financement de la Sécurité sociale – Réflexions sur la légitimité des prélèvements publics* », *RFFP*, n° 88, 2004, p.62.

servent à la fois d'instrument de paix sociale et de révélateur de tensions structurelles »⁶⁰. La maîtrise des dépenses et de leur évolution est en ce sens « l'un des défis majeurs de la protection sociale »⁶¹.

Les dépenses de l'Etat, les dépenses des régimes d'assurance sociale, ainsi que les dépenses administrations de Sécurité sociale n'ont cependant cessé d'augmenter depuis 2009. Néanmoins les dépenses des organismes dépendant des assurances sociales, dont les hôpitaux⁶², ont eu une évolution moins importante que les dépenses précédemment citées.



Source : Aurélie Dort. Données issues de l'INSEE⁶³

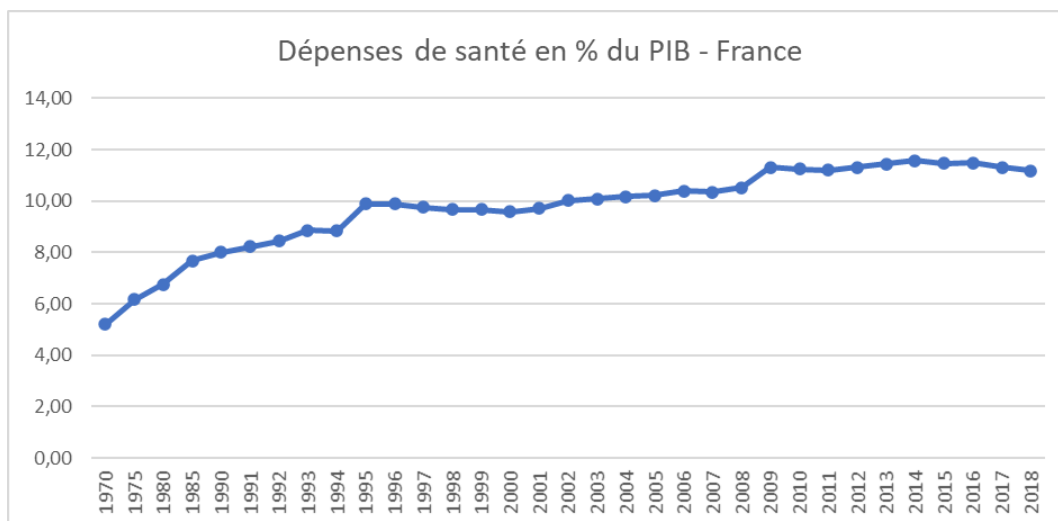
Par ailleurs, nous pouvons également constater que ces dernières années, les dépenses de santé en pourcentage du PIB traduisent une légère baisse.

⁶⁰ POUILLIER (J.-P.), « Les dépenses de santé : une croissance inéluctable ? », *RFFP*, n° 18, 1987, p.75.

⁶¹ PRÉTOT (X.), « L'évolution des finances sociales. Quelques réflexions d'ordre économique, juridique et politique ... », *op.cit.*, p.141.

⁶² Les "organismes dépendant des assurances sociales" (ODASS) couvrent les hôpitaux publics ou participant au service public, ainsi que les œuvres sociales intégrées aux organismes de sécurité sociale mais dotées d'une comptabilité séparée.

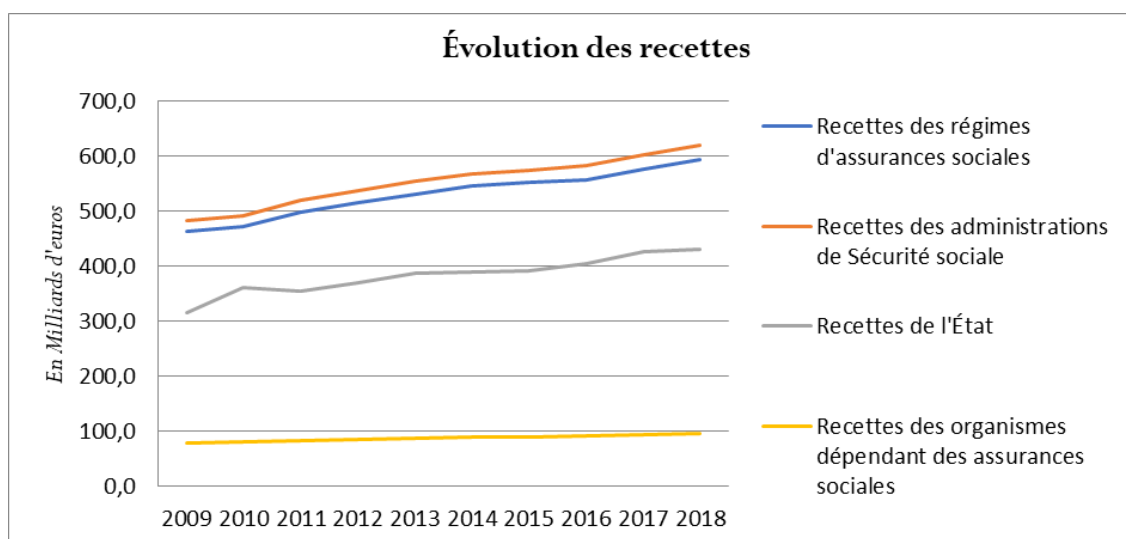
⁶³ Ce graphique ne peut contenir les données antérieures à l'année 2009 puisque les données relatives aux dépenses des régimes d'assurance sociale n'ont pas été consolidées par l'INSEE antérieurement à cette date.



Source : Aurélie Dort. Données issues de l'OCDE

L'évolution des modalités de financement des ressources de la Sécurité sociale souhaite en effet freiner l'évolution des dépenses de santé et traduit une évolution de structure caractérisée par un « rééquilibrage relatif des masses affectées au bénéfice des branches maladie et vieillesse et au détriment de la branche famille »⁶⁴.

Observer la situation sous l'angle des recettes s'avère également intéressant puisque si les recettes de la Sécurité sociale ont augmenté au même titre que les recettes des administrations de Sécurité sociale et les recettes de l'État, il s'avère que les recettes des organismes dépendant des assurances sociales ont bien plus de mal à augmenter.



Source : Aurélie Dort. Données issues de l'INSEE

⁶⁴ FERRAS (B.), MATT (J.-L.), « La question du financement », *Vie sociale*, n° 10, 2015, p.139.

Depuis la création de la Sécurité sociale, l'État a vu son rôle renforcé dans la gestion des politiques sociales et le pilotage du système de santé. Si l'on retient la distinction faite par Henry BERTHELEMY, la Sécurité sociale fait partie des services publics où l'administration est chargée de rendre des services, et non de donner des ordres. Elle permet ainsi de procurer des avantages dont l'initiative privée ne nous fournit pas l'équivalent⁶⁵. Ces avantages doivent être financés et le service public repose sur la seule volonté du législateur⁶⁶. Il appartient donc au législateur de trouver les moyens nécessaires pour le financer. Le pouvoir législatif peut alors choisir le mode de financement adéquat, sachant que l'État veille au maintien de l'équilibre financier de la Sécurité sociale mais aussi au maintien du service public.

Les relations Etat-assurance maladie se sont cependant développées « *sous le sceau de l'ambiguïté* »⁶⁷. La gestion est mixte : l'hôpital public est sous la tutelle de l'État, la médecine de ville est gérée par la Sécurité sociale. Les dépenses de santé sont financées en France par la Sécurité sociale mais aussi par l'Etat, les collectivités locales ainsi que mes organismes de protection complémentaire et les ménages. L'ensemble des sommes dépensées au titre de la santé pendant une année constitue la dépense courante de santé. Elle se compose de plusieurs éléments : la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) qui représente les trois quarts de la dépense courante de santé, les soins de longue durée à destination des personnes handicapées ou âgées en établissement, les indemnités journalières versées par l'Assurance Maladie, les dépenses de prévention individuelles et collectives mais aussi les dépenses en faveur du système de soins ainsi que le coût de gestion du système de santé⁶⁸. En 2016, la Sécurité sociale a financé 77% de la CSBM, là où l'Etat a pris en charge seulement 1,4% de la CSBM à travers les prestations versées aux invalides de guerre, des soins urgents ainsi que l'aide médicale de l'État (AME) et les organismes de base au titre des soins des titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). L'Etat intervient donc principalement sur les dépenses de solidarité à destination des plus précaires (CMU-C et AME) alors que la Sécurité sociale prend à elle seule une grande partie du financement de la consommation de soins et biens médicaux. Quant aux particuliers, leur participation fluctue en fonction du « reste à charge ». Le financement des dépenses de santé est alors plus large que le financement des dépenses de Sécurité sociale car le concept même de finances sociales est plus étendu que celui de Sécurité sociale qui peut s'entendre plus strictement à travers les lois de financement de la

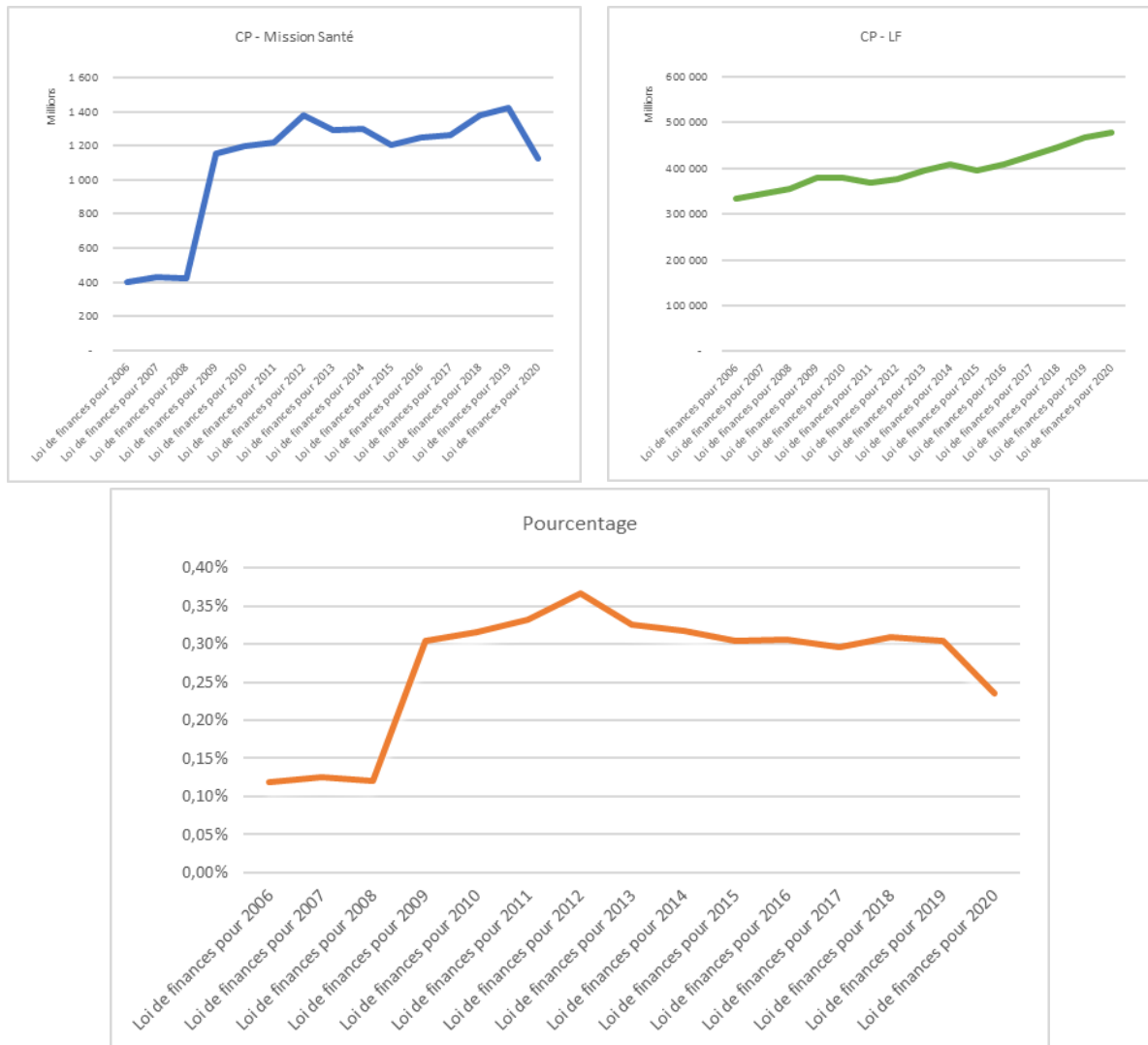
⁶⁵ BERTHÉLÉMY (H.), « Défense de quelques vieux principes », in *Mélanges Maurice Hauriou*, Recueil Sirey, 1929, p.818.

⁶⁶ PRÉTOT (X.), « L'État et la Sécurité sociale, Réflexions sur le service public », *op.cit.*, p.804.

⁶⁷ DEBARGE (O.), « La maîtrise des dépenses de santé : un enjeu financier conditionnant la politique de santé », *Revue française de finances publiques*, n°136, 2016, p. 287.

⁶⁸ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303480?sommaire=3353488>

Sécurité sociale et les régimes obligatoires de base de la Sécurité sociale. Il convient dès lors de s'intéresser également à la part qui leur est dédié dans les lois de finances avec les sommes allouées à la mission Santé en crédits de paiement (CP).



Source : Aurélie Dort. Données issues des lois de finances.

La mission Santé se compose de deux programmes placés sous l'autorité de la ministre des solidarités et de la santé. Il s'agit d'une part du programme 204, relatif à la prévention, à la sécurité sanitaire et à l'offre de soins, sous la responsabilité du directeur général de la santé, et d'autre part du programme 183, qui traite de la protection maladie sous la responsabilité de la directrice de la sécurité sociale⁶⁹. Le programme 204 vise à améliorer l'état de santé général de la population dans un souci de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. La sécurité sanitaire est également un champ important du programme afin de garantir la protection de la population face à des événements sanitaires

⁶⁹ Projet de loi de finances pour 2020, *Mission Santé*, 2020, p.8-9.

graves, menaçant la santé de la population. Le programme 183 « Protection maladie » vise à assurer, en complément des politiques de sécurité sociale, un effort de la solidarité nationale en faveur de l'accès aux soins des publics parmi les plus défavorisés et de l'indemnisation des victimes de l'amiante. Il finance ainsi principalement l'aide médicale de l'État (AME), dont la gestion est assurée par la caisse nationale de l'assurance maladie, ainsi que le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Il est par ailleurs intéressant de constater que le déploiement de la politique de sécurité sanitaire vise à réduire au maximum la vulnérabilité de la population face à des événements sanitaires graves menaçant la santé collective⁷⁰. S'il est certain que ce déploiement a été rudement mobilisé dernièrement, il est néanmoins surprenant de constater que les deux lois de finances rectificatives⁷¹ adoptées pour faire face à la crise sanitaire ne viennent pas modifier les montants alloués à cette mission.

Si les dépenses de santé doivent être financées, il est néanmoins intéressant de constater que ces dernières années la mission Santé au sein de la loi de finances a vu son montant diminué drastiquement. Entre la loi de finances pour 2019 et celle pour 2020, les crédits de paiement attribués à la mission Santé ont diminué de 293 millions d'euros. Les autorisations d'engagement et les crédits de paiement de la mission Santé prévoient ainsi une baisse de près de 20% comme en témoigne l'annexe au projet de loi de finances pour 2020⁷².

Numéro et intitulé du programme ou de l'action	Autorisations d'engagement			Crédits de paiement		
	Ouvertes en LFI pour 2019	Demandées pour 2020	Variation 2020 / 2019 en %	Ouverts en LFI pour 2019	Demandés pour 2020	Variation 2020 / 2019 en %
204 – Prévention, sécurité sanitaire et offre de soins	477 770 813	197 841 993	-58,59	479 070 813	201 141 993	-58,01
11 – Pilotage de la politique de santé publique	242 398 967	63 939 507	-73,62	241 398 967	63 939 507	-73,51
12 – Santé des populations	1 010 000	1 010 000	0,00	1 010 000	1 010 000	0,00
14 – Prévention des maladies chroniques et qualité de vie des malades	52 465 399	51 624 644	-1,60	53 465 399	53 624 644	+0,30
15 – Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation	18 099 747	25 485 038	+40,80	18 099 747	25 485 038	+40,80
16 – Veille et sécurité sanitaire	1 610 000	1 610 000	0,00	1 610 000	1 610 000	0,00
17 – Politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins	121 492 898	4 179 000	-96,56	121 492 898	4 179 000	-96,56
18 – Projets régionaux de santé	0	0		0	0	
19 – Modernisation de l'offre de soins	40 693 802	49 993 804	+22,85	41 993 802	51 293 804	+22,15
183 – Protection maladie	942 390 779	942 390 779	0,00	942 390 779	942 390 779	0,00
02 – Aide médicale de l'Etat	934 390 779	934 390 779	0,00	934 390 779	934 390 779	0,00
03 – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	8 000 000	8 000 000	0,00	8 000 000	8 000 000	0,00
Total pour la mission	1 420 161 592	1 140 232 772	-19,71	1 421 461 592	1 143 532 772	-19,55

73

⁷⁰ Projet de loi de finances pour 2020, *Mission Santé*, 2020, p.22.

⁷¹ Loi n°2020-289 du 23 mars 2020 de finances rectificative pour 2020, JORF n°0072 du 24 mars 2020 ; Loi n°2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020, JORF n°0102 du 26 avril 2020.

⁷² Projet de loi de finances pour 2020, *Mission Santé*, 2020, p.12.

⁷³ Projet de loi de finances pour 2020, *Mission Santé*, 2020, p.12.

Cette diminution est d'autant plus importante qu'elle s'inscrit à contrecourant de l'augmentation de 10 Mds€ du budget de l'Etat. La mission Santé représente en 2020 seulement 0.24% du budget de l'Etat alors que depuis 2009, elle représentait environ 0,30%. Entre l'évolution contrainte des dépenses des organismes dépendant des assurances sociales, et la diminution des crédits de paiement au sein des lois de finances, les recettes et les dépenses des organismes dépendant des assurances sociales n'ont pas suivi celles de l'assurance maladie, et encore celles de l'Etat afin de respecter une volonté affichée de maîtriser les dépenses de santé. Néanmoins si le choix d'une maîtrise des dépenses de santé a été fait ces dernières années, il est maintenant temps d'assumer ce choix et « d'en payer le prix » ...