Le PLFSS est bâti sur des hypothèses fausses pour des objectifs non contraignants

Le PLFSS doit être modernisé à l'instar des lois de finances de l'Etat pour sortir durablement des déficits

Le ministère de la Santé ne peut gérer seul et sans réel contrôle du Parlement des dépenses d'assurance maladie
de
180 milliards d'euros

Paris, 16 septembre 2015 - La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) demande une réforme profonde de la méthode d'élaboration du
Projet de loi de
financement de la Sécurité sociale
(PLFSS)
,
qui
est bâti année après année s
ur des hypothèses budgétaires fausses
pour la mise en œuvre d'objectifs non contraignants
et
mal maîtrisés, ce
qui
contribue à pérenniser
les déficits.

« Il faut remettre l'efficience au centre du dispositif et, comme vient de le souligner la Cour des Comptes, pa
sser
d'une politique de maîtrise des dépenses à une logique d'équilibre financier. Pour cela, un changement radical
de méthode
est nécessaire dans la façon dont est construit le PLFSS.
Il est parfaitement anormal que le ministère de la Santé

reste seul décisionnaire et
sans
réel
contrôle
de la représentation nationale
sur
de
s dépenses d'assurance maladie de
180 milliards d'euros
»
, a déclaré Lamine Gharbi, président de la FHP, à l'occasion de l'Université d'été de la fédération qui regroupe 1.000 cliniques et hô
pitaux privés, qui se tient à la Cité Universitaire à Paris mercredi.

La FHP réclame donc que le PLFSS soit modernisé, à l'instar de ce qui a été entrepris pour les lois de finances de
l'Etat au début des années 2000, avec
la mise en place d'
une justification programm
e par programme
et
au premier euro.

Insincérité budgétaire

La FHP dénonce par exemple régulièrement le fait que les hypothèses fixées pour la croissanc
e des volumes d'activité
des acteurs de soins
sont
fausses
(2% par exemple, alors que la progression réelle de l'activité n'est que de 1%)
.

En raison de volumes d'activité maîtrisés, notamment grâce au transfert vers l'ambulatoire, les cliniques
ont
ainsi
sous-exécut

é
systématiquement l'enveloppe qui leur
était
allouée au
cours des trois dernières années, soit
-
92 millions €
en 2012, -
137 millions €
en 2013 et -
100 millions €
en 2014
(+ 17
5 M€ pour les hôpitaux publics)
[1]
.

Or les tarifs des cliniques sont injustement abaissés précisément sur ces hypothèses de croissance des volumes d'activité qui ne correspond pas à la réalité de ce qui est observé chaque année.

« Tout le fait monde fait comme si la progression d'activité allait crescendo, alors que ce n'est pas le cas. Il suffirait de s'appuyer sur les volumes réalisés lors des campagnes précédentes pour s'en apercevoir.
Cela interroge sur la sincérité du projet de
loi qui n'est pas aujourd'hui u
ne véritable loi de finances
soumise au contrôle du Parlement
»,
insiste
Lamine Gharbi
.

Restaurer des équilibres fondamentaux

« On se rend bien compte que les objectifs de dépenses fixés dans le PLFSS sont fondés sur des hypothèses erronées ou fallacieuses et
ne sont pas contraignants. Le résultat est qu'une fois l'Objectif national de dépenses

d'assurance maladie (ONDAM)
voté par le Parlement, son exécution lui échappe totalement et résulte d'arbitrages politiques qui ne prennent pas en compte l'efficience des acteurs de soins
»
, poursuit le président de la FHP.

La FHP rappelle que l'assurance maladie n'a plus été à l'équilibre depuis 1988 et a accumulé des déficits abyssaux. Récemment, le déficit s'est élevé à 6,8 milliards d'euros en 2013, 6,5 milliards en 2014 et celui prévu cette année devrait atteindre 7,2 milliards
[2]
, soit environ 20 milliards juste sur trois ans
!

La FHP considère que, face à une contrainte économique durable, il est indispensable de faire du PLFSS un véritable instr
ument de pilotage
pour favoriser l'efficience du système de soins et restaurer des équilibres fondamentaux
.
L'Etat dispose de deux leviers immédiats pour cela.

Le premier est la convergence des tarifs des secteurs hospitaliers public et privé, qui permettrait à l'assurance maladie de réaliser chaque année au moins 11,7 milliards d'euros d'économies.

Le deuxième est le « choc de simplification » pour alléger les normes et les contraintes, qui reste dans le domaine de la santé largement virtuel.
La
F
HP demande que soit engagé un vé
ritable travail de fond
en faveur d'une
si
mplification normative. Elle regrette que l
e groupe
de travail
ouvert
avec le ministère de la Santé,
au lendemain du mouvement de

protestation des cliniques de
mars 2014
,
n'avance pas
et produise peu de propositions concrètes.

* * *

A propos de la FHP

La FHP regroupe 1.000 cliniques et hôpitaux privés qui assurent chaque année la prise en charge de 9 millions de patients. Environ 150
.
000 salariés (personnels de soins, administratifs et techniciens) travaillent dans les établissement
s de santé privés et 40
.
000 médecins y exercent. Les cliniques et hôpitaux privés prennent en charge :

· 54% des interventions chirurgicales

· près de 66% de la chirurgie ambulatoire

· 2,5 millions de passages dans 130 services d'urgences

· Un accouchement sur quatre

· Près d'un tiers (32,5%) des soins de suite et de réadaptation

· Plus de 17% des hospitalisations psychiatriques

· Près de 20% de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD).