

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X V I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête sur les difficultés d'accès aux soins à l'hôpital public

– Audition, ouverte à la presse, de Mme Clélia Delpech, sous-directrice du financement du système de soins et de M. Guillaume Bouillard, chef de bureau à la direction des établissements de santé et établissements médico-sociaux 2

Mercredi

5 juin 2024

Séance de 16 heures

Compte rendu n° 9

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

**Présidence de
M. Paul Midy,
*Président***



La commission auditionne Mme Clélia Delpech, sous-directrice du financement du système de soins et de M. Guillaume Bouillard, chef de bureau à la direction des établissements de santé et établissements médico-sociaux.

M. le président Paul Midy. Nous auditionnons aujourd'hui la direction de la sécurité sociale (DSS), représentée par Mme Clélia Delpech, sous-directrice du financement du système de soins, et M. Guillaume Bouillard, chef de bureau à la direction des établissements de santé et établissements médico-sociaux.

La direction de la sécurité sociale assure la tutelle de l'ensemble des organismes de sécurité sociale : caisses du régime général, caisses du régime de base des professions indépendantes autres qu'agricoles, caisses des régimes spéciaux.

Après nos échanges avec la direction générale de l'offre de soins, la semaine dernière, nous nous concentrons désormais sur le financement. Lors de nos récentes auditions, y compris avec d'anciens ministres de la santé, la question des contraintes imposées par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) sur le financement des hôpitaux et la rémunération des professionnels de santé a été soulevée à plusieurs reprises. La tension entre la nécessité de maîtriser les dépenses et les besoins croissants dus au vieillissement de la population et aux maladies chroniques a également été abordée de manière récurrente. Je suis convaincu que nos échanges enrichiront la réflexion sur ces sujets et bien d'autres.

Je vous rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Je vous invite donc à lever la main droite et à dire : « Je le jure ».

(Mme Clélia Delpech et M. Guillaume Bouillard prêtent serment.)

Mme Clélia Delpech, sous-directrice du financement du système de soins. Nous aborderons la question de la situation de l'hôpital du point de vue de la DSS, et plus particulièrement de la sous-direction du financement du système de santé. Notre approche est principalement financière, concernant les hôpitaux et les établissements de santé, publics ou privés. Nous adoptons une vision transversale au sein de la DSS sur l'ensemble du système de santé, en prenant en compte le rôle de la surveillance que nous exerçons et la construction d'un équilibre financier pour garantir l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Cet objectif national est composé de plusieurs sous-objectifs qui doivent nous permettre de financer, dans des conditions normalement favorables, l'ensemble des services de santé et de répondre aux besoins de la population.

Le contexte des finances publiques nous oblige, au sein de la direction de la sécurité sociale et du fait de notre double tutelle ministérielle, à respecter une trajectoire financière particulièrement contrainte. Cette situation nous pousse à rechercher des mesures d'efficacité dans le système de santé, y compris dans le secteur des établissements de santé et des hôpitaux, tout en essayant de garantir le meilleur accès possible aux soins sur l'ensemble du territoire pour répondre aux besoins de la population.

Dans le cadre de notre fonction de pilotage administratif, notamment du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), nous avons une vision transversale sur plusieurs sujets de politique publique, portés par l'ensemble du ministère et par toutes les directions qui

le composent. Cette vision couvre des thèmes de prévention, ainsi que des sujets plus expérimentaux, pour parvenir à décroiser le fonctionnement du système de santé, qui constitue probablement une piste pour résoudre une partie des difficultés, si elles sont documentées, d'accès aux établissements de santé.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Vous avez abordé l'aspect financier de votre rôle, qui revêt une importance capitale et ne doit en aucun cas être négligé. Certains estiment d'ailleurs que la situation actuelle des hôpitaux est en partie due à des questions financières. Il est essentiel de faire évoluer cet aspect, car il pourrait apporter une partie des solutions, bien que ce ne soit pas la réponse complète.

Tout d'abord, j'aimerais savoir si vous êtes favorable, comme certains le proposent, à un objectif régional de dépenses d'assurance maladie (Ordam) plutôt qu'à un Ondam, tel que pratiqué aujourd'hui.

Ensuite, concernant le financement des hôpitaux, comment expliquez-vous l'importante disparité de rémunération entre les professionnels de l'hôpital public et ceux de l'hôpital privé ?

Enfin, pour approfondir la question de la rémunération des médecins, lors de nos discussions avec la directrice générale de l'offre de soins, elle nous a expliqué que les primes, notamment les primes bi-sites qui représentent *in fine* un certain coût pour le contribuable, étaient attribuées aux médecins pour aider les hôpitaux disposant d'un nombre insuffisant de médecins à soutenir ceux qui en manquaient.

Cependant, nous constatons aujourd'hui certains abus. À cet égard, des contrôles sont-ils réalisés ? Comment sont-ils effectués, le cas échéant, pour s'assurer que les déplacements de médecins d'un site à l'autre respectent bien cet esprit ? Quelles sont les conséquences ?

Mme Clélia Delpech. Ces questions sont complexes et conduisent à des réponses nuancées.

La proposition d'objectifs de dépenses régionalisés (Ordam) figure régulièrement dans les rapports de la Cour des comptes, notamment ceux de la 6^e chambre. L'Ordam vise à mieux adapter les enveloppes financières aux besoins des territoires en responsabilisant les acteurs territoriaux. Ayant travaillé à l'élaboration de certains de ces rapports au sein de la 6^e chambre, je perçois l'intérêt de ce type de dispositif.

Toutefois, il peut présenter des difficultés opérationnelles. Actuellement, une forme de cette solution est déjà mise en œuvre. En effet, chaque année, nous délégons aux agences régionales de santé une masse financière *via* le fonds d'intervention régionale (FIR). Ce fonds leur permet de financer des projets d'intérêt régional adaptés à leurs territoires, répondant ainsi à des besoins spécifiques non couverts par les enveloppes financières nationales, notamment les campagnes budgétaires nationales. Nous avons donc déjà consenti des efforts pour offrir aux agences régionales une certaine souplesse dans l'affectation des budgets alloués au secteur de la santé. Néanmoins, je ne suis pas certaine qu'un Ordam, dont il faudrait déterminer le juste niveau sur la base de critères objectifs, soit concrètement réalisable dans les prochaines années.

La principale difficulté que je vois dans l'idée d'un Ordam réside dans la détermination du niveau adéquat de ressources nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques d'une région ou d'un territoire. Il s'agit de trouver un équilibre juste, permettant de garantir des différences

marquées entre les territoires, ce qui pourrait favoriser des effets de rattrapage entre des zones mieux dotées et d'autres, moins bien pourvues. La complexité réside ensuite dans la définition de la cible à atteindre et du niveau approprié d'allocation des moyens. Sur ce point, nous rencontrons peut-être une difficulté opérationnelle.

Concernant le financement des hôpitaux et les différences de rémunération entre les professionnels de santé exerçant dans le public et dans le privé, monsieur Guillaume Bouillard peut vous fournir des éléments de réponse du point de vue de la DSS, en se basant sur les grands agrégats macroéconomiques et sans entrer dans le détail de l'analyse propre à la direction générale de l'offre de soins.

M. Guillaume Bouillard, chef de bureau à la direction des établissements de santé et établissements médico-sociaux. Tout d'abord, sans être aussi formel qu'un Ordam, on observe que la régionalisation des financements des établissements de santé est en cours, notamment à travers le FIR des agences régionales de santé (ARS), mais également *via* les réformes du financement récemment mises en œuvre. Ces réformes incluent une part de dotations populationnelles, largement sous le contrôle des ARS.

De plus, la réforme du financement de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) adoptée dans le cadre de la dernière loi de financement de la sécurité sociale introduit un compartiment de financements dédiés à l'objectif de santé publique, dont une partie sera territorialisée. Bien que cela ne constitue pas formellement un Ordam, il est clair que le centre de gravité se déplace vers les régions.

Concernant les différences de financement entre professionnels, vous faites probablement référence aux rémunérations des personnels non médicaux. En effet, les personnels médicaux en clinique ont un mode de rémunération aligné sur celui des médecins libéraux. Cependant, la question des rémunérations peut également se poser dans ce contexte.

Pour les personnels non médicaux, qu'ils soient salariés ou agents de la fonction publique, les logiques de négociation conventionnelle entre salariés et employeurs diffèrent de celles de la fonction publique, où les grilles de rémunération sont déterminées de manière distincte. La sécurité sociale prend sa part, en finançant dans les deux cas, mais peut-être plus systématiquement dans le cadre des revalorisations des personnels de la fonction publique que dans celui des négociations salariales entre les représentants de l'employeur et ceux des salariés.

Pour autant, il subsiste un phénomène d'équilibrage naturel entre établissements, pour des raisons de concurrence, chaque catégorie d'établissements ayant un intérêt manifeste à maintenir son attractivité. Le niveau de salaire n'est pas le seul facteur d'attractivité, mais il joue un rôle important. À ce titre, les différences de salaire tendent à s'équilibrer, souvent avec des effets de retard, de rattrapage et d'« échelle de perroquet ».

Mme Clélia Delpech. En ce qui concerne les primes, nous n'avons pas d'éléments du point de vue de la DSS – en tout cas s'agissant de l'effectivité des contrôles – mais nous pourrions solliciter la direction générale de l'offre de soins.

Dans le cadre des travaux menés sur les enjeux d'une régulation du recours à l'intérim, nous avons participé à l'élaboration des textes avec une attention particulière portée à l'effectif et à la possibilité de contrôler les règles mises en place. Ces échanges se déroulent de manière interministérielle avec les services du ministère chargé des finances, qui peuvent diligenter un

certain nombre de contrôles. Cependant, nous ne mettons pas en place de plan de contrôle du point de vue de la DSS.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Par conséquent, je suppose que votre réponse est la même en ce qui concerne la loi « Rist » et la rémunération des intérimaires. Depuis sa publication, avons-nous pris suffisamment de recul pour évaluer les conséquences sur les finances publiques, notamment en ce qui concerne les hôpitaux ?

Mme Clélia Delpech. Nous suivons l'impact économique et financier des différentes mesures mises en place. Actuellement, nous consolidons un bilan de l'application de cette mesure. Il est toutefois un peu tôt pour fournir les premiers chiffres, car la collecte des informations et leur analyse représentent un travail conséquent. Quoi qu'il en soit, ce travail est en cours. Nous espérons documenter des économies ou, à tout le moins, une maîtrise des dépenses liées à l'intérim médical. Cela nous permettra de déterminer s'il serait pertinent de poursuivre la régulation de l'intérim pour les professions non médicales.

Nous observons déjà certaines pratiques de contournement, avec l'introduction de nouveaux types de contrats de travail permettant de déroger à la réglementation. Bien que l'objectif de cette réglementation soit louable, son application demeure complexe, notamment en ce qui concerne le contrôle de l'effectivité de la mesure.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Pouvez-vous fournir un délai ? Notre commission parlementaire travaille, nous avons donc quelques mois devant nous avant qu'elle ne prenne fin.

Mme Clélia Delpech. Nous reviendrons vers vous pour communiquer une date précise.

Mme Stéphanie Rist (RE). Notre rapporteur a soulevé une question concernant la différence de rémunération entre les professionnels exerçant en cliniques et ceux travaillant dans les hôpitaux. Il s'interroge sur ce différentiel de rémunération et sur la possibilité d'évoluer vers un mode de rémunération convergent. Cette question a-t-elle déjà été étudiée et calculée par la DSS ? Quel serait le coût d'une telle évolution ?

Il s'agirait d'imaginer que l'ensemble des médecins et des professionnels de santé négocient avec la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), ce qui permettrait de décloisonner réellement la ville et l'hôpital. Ainsi, les professionnels pourraient travailler à la fois dans le privé et le public, en libéral, en ville et à l'hôpital, offrant une plus grande flexibilité par rapport à la situation actuelle.

Mme Clélia Delpech. À ma connaissance, cette étude n'a pas encore été réalisée. Depuis mon arrivée à la DSS, il y a deux ans, nous n'avons pas travaillé sur des orientations de ce type. Nous nous sommes plutôt concentrés sur l'enjeu de faciliter des passerelles entre les deux modes d'exercice – ou de promouvoir un exercice mixte, notamment pour des professions en tension.

Cependant, nous n'avons pas envisagé de mesures visant à une convergence des rémunérations entre l'exercice libéral et l'exercice salarié, que ce soit au sein d'établissements publics de santé ou d'établissements privés, qu'ils soient lucratifs ou non lucratifs.

Une telle démarche remettrait en question le mécanisme actuel de négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux, ainsi que ce que nous construisons du côté des établissements de santé. Néanmoins, ce serait une mesure potentiellement structurante pour le décloisonnement des deux secteurs.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Vous avez fourni une réponse globale en indiquant que vous n'y « *réfléchissez pas trop pour l'instant* ». Je souhaiterais toutefois connaître votre avis propre : en tant que professionnelle, au vu de votre expérience, pensez-vous que ce projet soit réalisable ? Selon vous, y a-t-il un intérêt à le mener à bien ?

Mme Clélia Delpech. Cette question est difficile. Il est toujours intéressant de s'intéresser aux réformes structurelles. Pour autant – mais cet avis n'engage que moi –, avant de viser une convergence entre le secteur libéral et l'exercice hospitalier, il serait pertinent de retravailler certains aspects au sein des établissements de santé. Il est possible de poursuivre les mouvements de rapprochement et de convergence, même si ces éléments sont en cours.

Il s'agirait de mener une réforme d'ampleur. Je réserve donc ma réponse, car il faut typiquement mesurer les potentiels effets de bord pouvant survenir. On pourrait penser que cela favoriserait l'attractivité d'un mode d'exercice, ou à tout le moins de lever l'élément financier de la rémunération.

Cependant, est-ce vraiment le seul facteur déterminant pour les professionnels de santé dans leur choix entre différents modes d'exercice ? Ce point mérite d'être vérifié. Il est également nécessaire de débattre des conditions de travail et modes d'organisation, qui sont souvent évoqués dans les discussions sur l'exercice en établissement de santé public, parfois dans le privé, et encore plus en libéral.

Un autre point concerne l'équilibre global d'une telle mesure en termes d'impact financier. Il faudrait évaluer dans quelle direction se ferait la convergence et quel en serait l'impact sur les finances publiques et sociales. En l'occurrence, il serait probablement revu à la hausse. On observe en effet rarement une convergence des rémunérations vers le moins-disant.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Si l'on parle d'alignement des rémunérations, il faut également considérer les conditions de travail, les horaires, les gardes et la permanence des soins en établissements de santé (PDSSES). Cela vous touche moins directement et concerne davantage la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Néanmoins, la question de la permanence des soins représente un coût. Ne pensez-vous pas que, malgré un coût supplémentaire immédiat, aligner les obligations en termes de gardes, d'horaires et de PDSSES pourrait, à long terme, constituer un avantage pour la population et, par conséquent, pour les finances de la sécurité sociale ?

Mme Clélia Delpech. De nombreuses réformes et mesures ont été portées, notamment dans le cadre de discussions autour de lois de financement de la sécurité sociale récentes. Ces initiatives visent à mobiliser davantage de professionnels de santé, y compris les libéraux, pour assurer la permanence des soins et l'accès à des soins non programmés. Bien que ces deux problématiques soient distinctes, elles contribuent à une meilleure répartition de la charge de travail et des contraintes entre le secteur de la ville et celui des établissements de santé.

En ce qui concerne la PDSSES entre les établissements publics et privés, des travaux de rapprochement sont en cours.

M. Guillaume Bouillard. L'Ondam 2024 embarque une mesure significative en matière de PDESES, que l'on appelle « attractivité » et dont la part visant les personnels médicaux est précisément composée de PDESES pour les établissements publics comme pour les médecins libéraux des établissements privés.

Dans le contexte de la sortie de crise et face à la menace de grève des établissements privés à but lucratif, un engagement a été pris pour rehausser cet alignement. Il s'agit de proposer un niveau de rémunération pour la PDESES équivalent, en contrepartie d'un engagement accru des médecins exerçant dans les établissements à but lucratif à participer plus pleinement à la PDESES. Il est essentiel de garantir un accès équitable aux soins dans tous les types d'établissements, ce qui nécessite un engagement de même niveau de la part de tous les professionnels, indépendamment de leur lieu d'exercice.

Mme Sophie Blanc (RN). Quelles actions envisagez-vous pour renforcer les compétences et les outils des agents en charge du contrôle et de la certification des comptes ? Le rapport de la Cour des comptes sur la certification des comptes 2023 du régime général de la sécurité sociale met en lumière plusieurs anomalies et insuffisances préoccupantes. Il mentionne des irrégularités comptables, des faiblesses dans le contrôle interne et une augmentation des risques pour l'intégrité financière de nos organismes sociaux.

La Cour des comptes souligne également des lacunes dans le processus de contrôle des dépenses, des erreurs dans les données financières et des incohérences dans les systèmes d'information. Pourriez-vous détailler les mesures immédiates que vous envisagez de mettre en œuvre afin de corriger ces nombreuses anomalies ?

Mme Clélia Delpech. L'exercice de certification demeure récent à l'échelle de l'administration, notamment pour les caisses de sécurité sociale. Chaque année, la Cour des comptes souligne dans ses rapports de certification des pistes d'amélioration. L'acculturation au sein des services publics et des caisses de sécurité sociale est en cours. Cela constitue un point de suivi rapproché dans le cadre des échanges que nous entretenons avec les caisses de sécurité sociale, ainsi que lors des discussions avec les établissements de santé.

Néanmoins, nous n'avons pas entrepris d'actions spécifiques du côté de la direction de la sécurité sociale – en tout cas au sein de la première sous-direction, où nous traitons véritablement du financement du système de soins – concernant la qualité des informations comptables remontées. Nous restons vigilants quant à la qualité des systèmes d'information qui nous alimentent, notamment pour élaborer des réformes. En effet, dans le cadre des réformes du financement des établissements de santé, ces informations sont fréquemment utilisées.

Mme Stéphanie Rist (RE). S'agissant des tarifs hospitaliers, l'investissement des établissements est actuellement intégré dans ces tarifs. Faut-il continuer à inclure cet investissement dans les tarifs hospitaliers ou envisager de le dissocier ? On pourrait alors imaginer une participation plus importante des collectivités régionales, par exemple, ou un nouveau mode de financement pour ces investissements.

En ce qui concerne les investissements en ville, notamment pour les matériels lourds comme l'imagerie, ceux-ci sont également inclus dans les tarifs. Souvent, ces matériels sont amortis avant la fin de leur durée de vie, ce qui crée une différence de rémunération. Ne devrait-on pas, là aussi, envisager de dissocier cet investissement des tarifs ?

Troisièmement, la prévention constitue un investissement. Actuellement, elle est incluse dans l'Ondam. Ne faudrait-il pas envisager de l'en sortir ou, du moins, de la préciser dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale ?

M. Guillaume Bouillard. Les modes de financement de l'investissement hospitalier en France reposent sur trois piliers : un établissement finance ses investissements par sa capacité d'autofinancement, par des aides à l'investissement et des grands plans d'investissement, dont on peut questionner l'opportunité du rythme, ainsi que par l'emprunt.

À titre personnel, je trouve salutaire que les établissements soient responsabilisés sur leur cycle de gestion et contribuent, en partie, au financement de leurs investissements grâce à la capacité d'autofinancement dégagée par ce cycle de gestion. Tel était l'esprit de la réforme lorsque la T2A a été mise en place. Elle n'est pas venue seule, mais avec l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et le découplage des cycles d'exploitation et d'investissement, qui étaient auparavant bien distincts. On pouvait parfaitement investir ou non, en ayant un cycle d'exploitation vertueux ou non. La T2A et ses corollaires, l'EPRD et le tableau de financement prévisionnel, ont rompu avec cette logique.

Il me semble logique qu'un établissement trouve des marges sur son cycle d'exploitation et sa performance pour financer une partie de ses investissements. Le reste doit être accompagné par des aides issues de plans nationaux ou régionaux, souvent à des niveaux assez élevés (comme on le voit avec les grands projets soutenus dans le cadre du « Ségur de l'investissement » et du comité de pilotage de l'investissement sanitaire). Ces projets sont accompagnés de manière significative, mais la question de la capacité de l'établissement à générer une partie de son autofinancement se pose toujours. Ces deux briques, autofinancement et aides à l'investissement, doivent, dans la mesure du possible, réduire la part de l'endettement, que nous ne privilégions évidemment pas.

Mme Clélia Delpech. Concernant l'investissement en ville et en équipements lourds, notamment sur la question de l'amortissement, nous avons bien conscience de cette problématique au sein de la direction de la sécurité sociale et, plus largement, du ministère de la santé en lien avec l'assurance maladie. Dans cette perspective, un article a été adopté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, visant à travailler sur la transparence des charges dans le secteur de l'imagerie médicale.

Cependant, nous accusons un certain retard dans l'application de ces textes, en raison de travaux conjoncturels et de négociations entre l'assurance maladie et les médecins, qui ont fortement sollicité les équipes.

Avant de réfléchir à des mesures pertinentes permettant d'isoler cette partie d'investissement, afin de l'accompagner et d'éviter que le financement à l'acte continue à couvrir un investissement déjà largement amorti après quelques années, il est essentiel d'objectiver les charges pesant sur le secteur de l'imagerie médicale. Nous pourrions également envisager cette réflexion pour le secteur de la biologie, qui a connu une rapide modernisation des équipements. Les automates actuels génèrent des gains de productivité et leur acquisition est partiellement financée par les tarifs de l'assurance maladie.

Ces réflexions doivent s'inscrire en lien avec celles sur la financiarisation de certains secteurs de la santé, notamment en ville. Toutefois, avant d'engager des échanges documentés avec les professionnels de santé, il est primordial de faire la lumière sur les charges réelles pesant sur ces secteurs, en commençant par l'imagerie médicale.

Les sujets de prévention constituent effectivement un investissement. Nous travaillons intensément au sein du ministère de la santé, y compris au sein de la direction de la sécurité sociale, pour élaborer et mettre en œuvre une véritable politique de prévention. Cette politique figure parmi les priorités affichées par le Président de la République dans le cadre de ses deux mandats.

Des actions régulières sont menées, dont certaines que vous connaissez figurent dans la loi de financement de la sécurité sociale. Nous disposons déjà de présentations consolidées des différentes dépenses de prévention institutionnelles, mises à la disposition du Parlement dans le cadre des travaux parlementaires et budgétaires de l'automne.

Il est pertinent de se demander s'il faut aller plus loin en isolant ces dépenses au sein de l'Ondam. Mettre en visibilité ces dépenses réservées à la prévention présente en effet un intérêt certain. Toutefois, l'intérêt de l'Ondam reste de trouver un équilibre entre un nombre limité de sous-objectifs cohérents et le besoin de rendre certaines dépenses visibles.

Pour l'instant, le choix a été de les inclure dans des annexes au projet de loi annuel de financement de la sécurité sociale, sous l'angle des dépenses de prévention institutionnelle. Il est peut-être prématuré d'en faire un compartiment distinct de l'Ondam, notamment parce qu'il serait difficile de distinguer les actions futures de prévention déployées par les établissements de santé. Dans le cadre de la réforme de la T2A, nous cherchons également à encourager les établissements de santé à participer à des missions de prévention. Il est complexe de différencier ce qui relève de l'action de prévention de premier niveau effectuée par les médecins traitants lors de consultations classiques, des campagnes de vaccination et de dépistage organisées, qui sont aussi des démarches de prévention. En synthèse, si l'on souhaite aller au terme de la logique d'identification des dépenses de prévention au sein de l'Ondam, il est crucial d'adopter le juste niveau de granularité.

Mme Mathilde Hignet (LFI-NUPES). Je souhaite vous interroger sur la rénovation du parc hospitalier français. Plusieurs établissements hospitaliers vieillissent, notamment à Saint-Malo et à Redon, qui se situent dans ma circonscription. Ces bâtiments sont de véritables passoires thermiques, entraînant des surcoûts énergétiques, ce qui alourdit les dépenses et creuse le déficit des établissements.

Premièrement : disposez-vous d'une vision nationale sur l'état du parc hospitalier français et des investissements financiers nécessaires à sa rénovation ? Quelle est la vision stratégique concernant la construction et la rénovation des hôpitaux ?

Deuxièmement : comment garantir le financement des travaux par les centres hospitaliers, alors que leur déficit s'aggrave et qu'on leur demande d'autofinancer ces travaux en recourant à des emprunts ?

J'aimerais également aborder la question de l'équité territoriale dans la répartition des investissements, tant dans le temps que sur le territoire : quels critères sont utilisés pour attribuer les financements d'investissement aux établissements de santé, en prenant en compte la nécessité d'équité entre les territoires ? En d'autres termes, les hôpitaux situés dans les zones périphériques bénéficient-ils du même niveau d'investissement que ceux des métropoles, au regard de leur activité et de leur population ?

M. Guillaume Bouillard. Nous ne disposons pas d'une vision locale détaillée de l'état du parc hospitalier. En revanche, nous avons l'indicateur du taux de vétusté, permettant de mesurer le niveau global de vétusté, au sens comptable du terme, des établissements de santé.

La dégradation de ce taux de vétusté a précisément conduit à dédier un des piliers du « Ségur » à l'accompagnement de l'investissement, avec une enveloppe globale conséquente de 19 milliards d'euros (Md€). Cette somme est équivalente à deux fois celle allouée lors du plan « Hôpital 2007-2012 » en cumulé.

La répartition de cette enveloppe a été effectuée entre régions. En effet, dans le cadre du « Ségur de la santé » et de son volet « Investissement », toutes les politiques d'investissement ont été régionalisées. Les enveloppes ont été attribuées à chaque agence régionale de santé sur la base de critères prenant en compte le taux de vétusté, la capacité des établissements à emprunter ainsi que d'autres éléments. Il incombe ensuite aux agences de prioriser, sur leur territoire, les projets qu'elles souhaitent accompagner massivement, en fonction de la capacité des établissements à s'autofinancer ou à emprunter.

Pour autant, un suivi national est opéré. Ainsi, chaque année, les agences régionales de santé effectuent un *reporting* auprès des services du ministère concernant le déploiement de leur plan régional d'investissement. Les projets les plus importants, dont le montant dépasse 150 millions d'euros (M€) – à l'instar de celui de Saint-Malo – sont instruits et accompagnés par le comité de pilotage national, qui bénéficie de l'expertise d'un conseil scientifique. Dès le départ, ce dernier veille au respect des normes et des exigences en matière d'investissement, à la réponse aux besoins de santé et au capacitaire associé.

Les projets accompagnés dès l'amont suivent un processus en trois étapes, sous la supervision du comité de pilotage de l'investissement qui finit par les valider selon un format approuvé par ses membres.

L'équité territoriale se manifeste à travers la répartition des aides entre les régions et la délégation à chaque région de l'attribution de ces aides. La consigne est que les aides atteignent un niveau suffisamment élevé pour limiter le recours à l'emprunt. En effet, l'emprunt n'est pas la modalité de financement de l'investissement privilégiée.

Mme Mathilde Hignet (LFI-NUPES). S'agissant de la vision stratégique nationale concernant la construction et la rénovation à venir, il est prévu de demander à ces hôpitaux de s'autofinancer. Or ils sont déjà en déficit et ne disposent précisément plus de capacité d'autofinancement. Cet aspect est-il pris en compte ?

M. Guillaume Bouillard. Cet aspect est totalement pris en compte. D'ailleurs, on ne sollicite que les établissements en capacité de mobiliser un autofinancement. Certains projets, notamment en outre-mer, bénéficient d'un accompagnement à hauteur de 100 % du coût du projet, étant entendu que tous les hôpitaux ne possèdent pas la même capacité à générer, sur leur exploitation, une capacité d'autofinancement.

La situation financière des établissements s'est dégradée ces dernières années, malgré une amélioration paradoxale durant la crise sanitaire. En 2022, elle est revenue à un niveau comparable à celui de 2017-2018 et, en 2023, nous observons une dégradation encore plus marquée.

Il est essentiel de distinguer deux agrégats comptables : le résultat comptable, qui se dégrade, et la capacité d'autofinancement générée par ce résultat, qui baisse également, mais peut-être pas dans les mêmes proportions. En d'autres termes, la capacité de financement des établissements n'augmente pas. Néanmoins, je ne suis pas certain qu'elle se dégrade autant que le résultat comptable.

Certains établissements peuvent déjà dégager de l'autofinancement sur leur exploitation, tandis que d'autres ne le pourront qu'après la réalisation des projets d'investissement. Lorsqu'on reconstruit un établissement dans son intégralité ou presque, on émet l'hypothèse que cette reconstruction entraînera des transformations des services de soins porteuses d'efficience organisationnelle et, *de facto*, d'efficience économique.

M. Éric Alauzet (RE). Disposez-vous de comparaisons européennes sur l'évolution des financements des hôpitaux, notamment à travers la crise de la covid ? Quelles sont les évolutions constatées ? Pouvons-nous nous comparer à d'autres pays ?

M. Guillaume Bouillard. Je ne dispose pas de points de repère en niveau de financement. En revanche, dans le cadre de la réforme du financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) présentée dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale, nous disposons de quelques points de repère en matière de modèles de financement. Des travaux ont été menés, notamment des comparaisons et entretiens avec des pays étrangers comme le Royaume-Uni et l'Allemagne.

Ces modèles sont sensiblement différents et, à ce titre, difficilement comparables. En Allemagne, par exemple, le rôle de l'État et des Länder est assez particulier et ne s'apparente en rien à la manière dont les choses sont financées en France. D'ailleurs, les Länder possèdent physiquement des investissements, tandis que l'État détermine la politique tarifaire. Ce système n'est pas nécessairement le plus performant.

Dans le cadre de la réforme du financement MCO, nous nous sommes inspirés des modèles anglo-saxons pour certains aspects. Nous développons actuellement des initiatives autour de la qualité de la prévention. Les Anglo-Saxons ont mis en place des pratiques dont nous pouvons nous inspirer.

M. Éric Alauzet (RE). En France, ces dernières années, avec un Ondam de trois à cinq ans, la dépense était très élevée, en différentiel avec l'inflation. Dans les pays européens, a-t-on constaté des évolutions de dépenses similaires par rapport à l'inflation ? Peut-être cette question n'est-elle pas évidente au vu des données dont vous disposez.

Mme Clélia Delpech. Je ne suis effectivement pas en mesure de répondre. Il est toujours intéressant de disposer de comparaisons internationales, afin de se mesurer en termes de modèles, mais surtout en termes de niveaux d'investissement et de dépenses. Il serait pertinent de vérifier si la Drees ou l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) possède ce type de données. En tout cas, la direction de la sécurité sociale n'a pas connaissance d'études de ce genre.

M. le président Paul Midy. Il est pertinent d'établir des comparaisons internationales, mais il est également possible de réaliser des comparaisons au sein de notre propre pays. Pour ce faire, nous pourrions définir des zones géographiques telles que des départements, des régions ou des entités plus petites. Ces zones, où les acteurs et les citoyens

se déclarent satisfaits, pourraient servir de référence pour analyser les déterminants des dépenses, en tenant compte du nombre de personnes, du nombre de médecins, etc.

Des analyses de ce type sont-elles effectuées ? Quelles en sont les conclusions, le cas échéant ? À défaut, envisagez-vous de les entreprendre ? En outre, comment qualifieriez-vous le niveau global des dépenses – faible, important ou très important ? Quelle est votre perspective globale sur ce sujet ?

Mme Clélia Delpech. En ce qui concerne les études comparatives à l'échelle territoriale en France, nous disposons de données tant quantitatives que qualitatives. Ces études sont produites par la Drees et l'assurance maladie. Cela ne vise pas nécessairement la totalité du champ de la dépense, mais en tout cas certaines approches spécifiques.

Par exemple, l'atlas des variations des pratiques chirurgicales est pertinent et fait l'objet d'une attention soutenue de notre part. Il serait souhaitable que ce document soit actualisé plus régulièrement, car il fournit des repères essentiels pour analyser les comportements variés selon les départements pour certains actes médicaux.

Dans un monde idéal, il serait intéressant d'étendre cette démarche aux activités de médecine générale, au-delà de la seule chirurgie, car nous avons également besoin de repères dans ce domaine.

La question qui se pose alors est de savoir quelles conclusions tirer de cet atlas des variations de pratique : devons-nous considérer la moyenne nationale comme référence ? Ou bien la médiane ? Ou encore le département le plus performant en termes de nombre de professionnels ?

Cette analyse est complexe et nécessite une réflexion approfondie au sein du ministère de la santé. Le niveau de dépenses actuel me semble « bon », dans la mesure où c'est celui qui est défini dans l'Ondam. Il paraît difficile de répondre différemment sans sortir de notre champ de compétences.

M. le président Paul Midy. Le niveau de dépenses en valeur absolue nécessite de « factueliser » davantage le débat et de relier les indicateurs de qualité du système aux moyens déployés. Cela représente le début de notre capacité à piloter efficacement.

Mme Clélia Delpech. Nous menons des réflexions approfondies sur l'évolution des dépenses. Lorsque nous construisons l'Ondam, nous examinons ce qui relève d'une croissance spontanée des dépenses, telles que celles liées au vieillissement de la population et aux besoins de santé non couverts. Nous prenons en compte les exigences du système de santé et les facteurs exogènes.

Notre objectif est d'identifier des marges de manœuvre en recherchant des gains grâce à une meilleure organisation des différents secteurs du système de santé, y compris les établissements de santé et les hôpitaux. Nous cherchons à exploiter des zones d'efficacité et à mettre en place des actions permettant une meilleure maîtrise des dépenses.

Pour ce faire, nous nous appuyons sur divers indicateurs, y compris ceux de la qualité, afin de nous assurer que les fonds investis le sont de manière judicieuse et répondent aux besoins réels, sans être gaspillés. Nous menons cette réflexion de manière rigoureuse et systématique.

M. le président Paul Midy. Lorsque vous menez ces analyses, quel type de potentiel de productivité trouvez-vous ?

Mme Clélia Delpech. La productivité renvoie directement à la question du coût et des économies que l'on pourrait identifier.

Dans le cas de la construction de la loi de programmation des finances publiques (LPFP), il existe toujours un certain nombre d'économies sous-jacentes à la trajectoire de construction de l'Ondam, qui figure en LPFP.

En revanche, quand vous parlez de « productivité », cela renvoie à l'idée qu'il existe des gains à rechercher dans le système, probablement par une meilleure organisation du temps de travail ou par une meilleure incorporation des progrès techniques.

Cela renvoie également aux échanges que nous avons eus, notamment sur les questions de l'investissement et du financement de l'investissement dans des équipements matériels lourds ou des dispositifs médicaux à usage professionnel. La question de la productivité de chaque professionnel pris individuellement, ainsi que celle de la structure dans son ensemble, est également pertinente. Il est très difficile de fournir un chiffre précis sur ce sujet.

Cependant, la direction de la sécurité sociale considère que ces aspects doivent être examinés, notamment en sortie de crise sanitaire. Les organisations du travail et les établissements de santé ont été profondément modifiés. Il est peut-être temps de se pencher sur la question de la performance, car nous entrons dans une phase de normalisation et de sortie de crise sanitaire. Les travaux de documentation relatifs au gisement d'économies potentielles liées à ces réflexions sont encore devant nous.

M. Guillaume Bouillard. Le projet, en cours, nécessite une collaboration inter-administrative pour définir le niveau adéquat.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a récemment consacré un chapitre à la diminution du capacitaire hospitalier. Elle a établi une corrélation directe entre cette baisse, observée depuis plusieurs années, et la bascule ambulatoire, notamment en chirurgie, tout en interrogeant le fait que les établissements aient réellement adapté leurs organisations de travail à ce nouveau paradigme.

Entre 2017 et 2023, on observe une augmentation de 20 % de l'ambulatoire, et une diminution de 10 % de l'hospitalisation conventionnelle. Cela témoigne d'une évolution significative. Peut-être que la crise a permis d'atteindre cet objectif plus efficacement que grâce aux efforts précédemment consentis.

La Cnam documente, quant à elle, un potentiel local important, par établissement, de bascule ambulatoire en chirurgie et en médecine.

Cette transition vers l'ambulatoire constitue un levier important, car elle requiert moins de personnel et répond aux attentes des patients. Dans un contexte où l'attractivité des personnels et la rarefaction des ressources humaines sont des enjeux majeurs, l'ambulatoire permet une mobilisation optimale des ressources disponibles.

Le recours à l'hospitalisation à domicile est également encouragé. Dans le cadre de la dernière loi de financement de la sécurité sociale, un forfait d'adressage des chimiothérapies en

hospitalisation à domicile (HAD) a été expérimenté pour faciliter l'accès aux hôpitaux de jour en cancérologie.

Ces initiatives visent à améliorer les organisations de soins. Enfin, l'intérim demeure un facteur déterminant pour les collectifs de travail. L'enjeu réside en effet dans la solidité de ces collectifs.

Mme Géraldine Bannier (Dem). Nous avons un sujet de reconstruction d'hôpital à Laval. Des objectifs de calendrier ont-ils été fixés pour les territoires les plus en souffrance ? Nous avons eu un médiateur et Jean Castex est venu annoncer une enveloppe de 80 M€ pour la reconstruction de cet hôpital.

Cependant, du point de vue des citoyens et des parlementaires, il semble que rien ne progresse réellement. Les élus affirment, en coulisse, que les fonds sont insuffisants. Existe-t-il un objectif précis pour garantir que la reconstruction de l'hôpital soit réalisée dans un délai acceptable pour les concitoyens ?

En outre, nous sommes dans un territoire où les collectivités investissent massivement pour faciliter l'installation des médecins, notamment dans les maisons médicales. Dispose-t-on d'une estimation des montants investis ? Certaines collectivités optent pour le salariat des médecins, ce qui représente un coût considérable. A-t-on évalué les dépenses des collectivités pour encourager ces installations ? Serait-il envisageable de transférer ces fonds vers une forme d'encouragement à l'installation en salariat temporaire, par exemple durant un an ?

Mme Clélia Delpech. S'agissant des dépenses engagées par les collectivités territoriales pour soutenir l'installation de professionnels de santé, notamment libéraux, il est important de noter que ces informations ne remontent pas facilement au ministère de la santé. En effet, ces données ne sont pas centralisées et relèvent du libre choix des collectivités. La granularité des budgets ne permet pas nécessairement de retrouver ces informations.

Pour obtenir des données précises, il est souvent nécessaire de mener des enquêtes *ad hoc*. Je sors quelque peu de mon champ de compétences, mais ce point fait partie des difficultés que nous pouvons rencontrer.

Certaines collectivités choisissent d'investir dans des infrastructures qu'elles mettent à disposition des professionnels de santé, que ce soit dans le cadre de maisons de santé pluridisciplinaires, de cabinets ou de centres de santé employant des professionnels salariés. Cela permet d'attirer des professionnels et de répondre à une offre de premier recours. Cependant, il est difficile de connaître précisément les montants dépensés par chaque collectivité.

Il existe une complémentarité entre les différents acteurs et il est essentiel d'éviter le double financement des projets. La création d'un « guichet unique » pour les installations pourrait faciliter la coordination entre les différents financeurs, tels que l'assurance maladie, les collectivités territoriales et les autres intervenants. Cette coordination doit se faire à une échelle territoriale pertinente, que ce soit le bassin de vie ou le département, en fonction des circonstances locales.

L'objectif est de s'assurer que toutes les parties prenantes partagent les informations nécessaires, évitent la concurrence et avancent collectivement sur ces sujets. Cela permettrait de répondre de manière plus efficace aux besoins de la population en matière de santé.

Nous ne disposons peut-être pas de suffisamment d'outils du côté des pouvoirs publics et de l'administration centrale pour prendre en compte ces sujets et cet investissement des collectivités territoriales.

L'exercice salarial ou libéral relève des professionnels. Aujourd'hui, on observe que, dans les choix d'installation des jeunes professionnels, l'exercice en salariat – ou en tout cas l'exercice mixte – se développe considérablement. Cependant, il existe encore des personnes qui souhaitent exercer en libéral. Nous n'arrivons pas à trouver un juste milieu entre ces deux modes d'exercice, chacun présentant des avantages et des inconvénients.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Pour revenir à votre « cœur de mission », combien manque-t-il au budget de la sécurité sociale – ou de combien faudrait-il revaloriser l'Ondam – pour que les hôpitaux français soient à l'équilibre ? En bon gestionnaire de budget, vous faites également de la prospective. Si l'on agrège les déficits des hôpitaux en France, on arrive à une somme que vous avez probablement en tête. Quelle revalorisation serait finalement nécessaire pour parvenir à un équilibre financier ?

Mme Clélia Delpech. Je ne peux pas vous répondre, mais ce sont des éléments complémentaires que nous pourrions vous transmettre. Quoi qu'il en soit, on ne construit pas un Ondam en se posant cette question.

La résorption des déficits hospitaliers et la nécessité d'évaluer correctement les établissements de santé sont des éléments que nous prenons bien évidemment en considération. Déterminer un objectif de revalorisation de l'Ondam est un exercice particulièrement complexe. Chaque année, nous intégrons dans notre exercice de construction des objectifs d'économie, de recherche d'efficacité et d'allocation améliorée des ressources dans le système de santé. Il est donc essentiel de prendre en compte ces aspects. La réponse à votre question demeure donc particulièrement difficile.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Aujourd'hui, la situation est à la fois complexe et simple.

En partant du principe que nous avons atteint un certain niveau d'efficacité, comme l'a souligné le président Paul Midy, ou en réponse à votre remarque sur le « palier de productivité », il semble qu'il n'existe pas nécessairement de voie vers une meilleure productivité ou un résultat supérieur dans ce contexte de restrictions budgétaires.

Si l'on se projette dans l'avenir, il est possible d'affirmer que, même sans construire le budget autour de cette idée, nous devons reconnaître notre niveau actuel. Si nous restions exactement à ce niveau, il serait nécessaire de revaloriser de plusieurs points, que ce soit en pourcentage ou en base fixe.

Mme Clélia Delpech. On ne peut pas raisonner « toutes choses égales par ailleurs ». En effet, nous devons également prendre en compte les besoins croissants de la population ainsi que les mesures nouvelles qui, chaque année, répondent à la fois à des besoins de santé et à des objectifs de santé publique.

Les priorités politiques, assignées tant par le gouvernement que par le Parlement, jouent également un rôle déterminant. Par exemple, le débat actuel sur l'accompagnement à la fin de vie impliquera des investissements supplémentaires dans le secteur des établissements de santé. Nous devons régulièrement intégrer ce type de mesures lorsque nous réfléchissons à la

construction de l'Ondam, au-delà des simples questions de l'équilibre financier des établissements et de la résolution d'un éventuel déficit.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. C'est la raison pour laquelle je simplifie mon propos. Je ne vous demande pas d'évaluer la situation en prenant en compte de possibles impacts politiques qui pourraient survenir dans les prochaines semaines ou mois ou à l'aune de potentielles évolutions techniques, mais en retenant vraiment une photographie à un instant donné, avec les politiques publiques et déficits qui existent à ce jour.

M. Guillaume Bouillard. Je perçois une manière de répondre à votre question sans l'é luder.

Pendant la crise sanitaire, nous avons mis en œuvre des dispositifs de sécurisation du financement des établissements de santé, avec une garantie de financement que nous avons ensuite appelée « sécurisation modulée à l'activité » (SMA).

Ces modèles de financement ont permis de soutenir les établissements pour une activité qu'ils ne réalisaient pas, dans le but de les sécuriser et de les réassurer. Aujourd'hui, en 2023, plus de 60 % des établissements publics sont encore sous le régime de la SMA, bénéficiant ainsi d'un dispositif sécurisé malgré des niveaux d'activité inférieurs à leur base historique. Cependant, le solde financier des établissements s'est dégradé. Nous aurions aimé croire que la construction budgétaire et les prévisions économiques suffiraient à équilibrer les comptes des établissements, mais ce n'est manifestement pas le cas.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les hypothèses économiques sous-jacentes ne sont pas totalement atteintes par les activités ambulatoires. Bien que ces dernières augmentent de plusieurs points chaque année, si les organisations des établissements ne s'adaptent pas en conséquence, cela risque d'aggraver leur déficit.

Je ne sais pas comment répondre différemment à votre question. Ajuster l'Ondam à l'équivalent du déficit des établissements – donc, de fait, émettre l'hypothèse qu'il n'existe aucun gisement de performance ou qu'il n'y a pas lieu de réexaminer la carte de l'offre de soins sur le territoire et les taux d'occupation de certains services – serait réducteur.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Vous avez proposé de nous envoyer des informations et ce serait en effet très intéressant. Même dans notre travail de législateur, il est essentiel de constater à quel point nous sommes éloignés de ce qui serait nécessaire aujourd'hui.

Ma dernière question est la suivante : pensez-vous que les hôpitaux constituent une « variable d'ajustement » de l'Ondam, notamment à travers des pratiques de mise en réserve et de réduction des tarifs ?

Mme Clélia Delpech. Non, les hôpitaux ne sont pas considérés comme une variable d'ajustement de l'Ondam.

Certes, les mécanismes de mise en réserve influent sur le sous-objectif lié aux dépenses consacrées aux établissements de santé. Cependant, chaque année, nous « dégelons » ces mises en réserve, qui sont des mesures de précaution prises en début d'année. En fin de campagne budgétaire, nous restituons généralement la totalité des sommes mises en réserve aux établissements de santé.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. Quel est intérêt de cette pratique ?

Mme Clélia Delpech. Ces mesures de précaution sont courantes en gestion budgétaire pour éviter des difficultés.

En outre, nous ne revoyons pas systématiquement les campagnes de tarification à la baisse. Nous nous appuyons sur une étude nationale des coûts pour documenter l'évolution des dépenses et des coûts dans les établissements de santé. Notre objectif est de déterminer la campagne tarifaire la plus juste possible.

M. Christophe Naegelen, rapporteur. À combien le pourcentage de mise en réserve s'élève-t-il ?

M. Guillaume Bouillard. Au global, il est question de 0,3 % de l'Ondam. Les établissements de santé y contribuent de manière significative, à hauteur de 60 %.

Depuis la crise sanitaire, les fonds gelés sont systématiquement dégelés. Jusqu'à récemment, un protocole de pluralité du financement des établissements, conclu entre l'État et les fédérations hospitalières, prévoyait que « la part tarif » soit restituée aux établissements. De ce point de vue, les établissements se voient servir l'ensemble de ce qui était prévu en construction sur « la part tarif » au sein de l'Ondam, au titre de ces établissements.

Mme Clélia Delpech. Depuis 2019, l'évolution des tarifs dans le cadre des différentes campagnes budgétaires n'a pas montré de baisse. En effet, les tarifs ont systématiquement augmenté, avec des hausses comprises entre 0,2 % et 7,1 %.

Mme Stéphanie Rist (RE). Connaît-on, pour 2023, le déficit des établissements publics ?

M. Guillaume Bouillard. Les travaux ne sont pas achevés. Néanmoins, on anticipe 1,7 Md€ ; en 2022, il était question de 1,1 Md€.

M. Jean-Claude Raux (Écolo-NUPES). Parmi les nombreuses missions de votre direction, vous veillez à l'efficacité des dépenses de santé, vous suivez également les négociations de l'assurance maladie avec les professionnels de santé et vous réfléchissez de manière structurelle pour améliorer l'efficacité des soins.

Une revalorisation de la consultation des généralistes à hauteur de 30 euros a été actée, ainsi que celle de certaines consultations de spécialistes, pour un montant total de 1,6 Md€.

Pouvez-vous détailler les éléments qui pourront être améliorés en échange de cette revalorisation ? Par exemple, des engagements ont-ils été pris en matière de participation à la permanence des soins ? En effet, actuellement, le taux de participation des généralistes est très faible – à hauteur de 38 % en France et encore moins dans mon département, où il descend à 33 %.

Mme Clélia Delpech. La convention médicale a été signée hier par plusieurs organisations syndicales. En contrepartie des revalorisations de consultations, certains engagements ont été demandés aux médecins.

Ces points sont essentiels et ont été largement communiqués par le ministre de la santé. Le directeur général de l'assurance maladie a précisé que le suivi de ces indicateurs serait assuré, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins. Cela inclut à la fois un accès territorial et financier aux soins.

Dans le cadre de cette convention médicale, une réforme de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) a été mise en place pour mieux maîtriser les dépassements d'honoraires. Cette réforme s'étend désormais aux annexes et vise à garantir un meilleur accès financier.

Par ailleurs, plusieurs dispositions et mesures concernent l'accès aux soins non programmés. Ces mesures complètent les différents mécanismes de régulation, comme le SAS, mis en œuvre par le gouvernement. Ce dispositif vise à réguler l'accès aux soins non programmés pour éviter de surcharger les hôpitaux et s'assurer que les patients se rendant aux urgences en ont réellement besoin. Des indicateurs de suivi de ces engagements seront régulièrement examinés dans le cadre d'un observatoire spécifiquement créé à cet effet.

M. le président Paul Midy. Je vous remercie.

Membres présents ou excusés

Commission d'enquête sur les difficultés d'accès aux soins à l'hôpital public

Réunion du mercredi 5 juin 2024 à 16 heures

Présents. – M. Éric Alauzet, Mme Géraldine Bannier, Mme Sophie Blanc, Mme Julie Delpech, Mme Mathilde Hignet, M. Cyrille Isaac-Sibille, M. Matthieu Marchio, M. Paul Midy, M. Benoit Mournet, M. Christophe Naegelen, M. Jean-Claude Raux, Mme Stéphanie Rist

Excusés. – Mme Mélanie Thomin