

## **Chapitre XV**

# **Les dépenses de personnel des cliniques privées : une charge pour l'assurance maladie à mieux connaître**



---

**PRESENTATION**

---

*L'hospitalisation privée à but lucratif représente, avec 115 000 lits et places, 24 % des capacités hospitalières et réalise 28 % des séjours d'hospitalisation<sup>561</sup>. Elle réalise un chiffre d'affaires de 13,6 Md€<sup>562</sup> et concentre 17 % des dépenses d'assurance maladie consacrées aux établissements de santé, soit 12,8 Md€<sup>563</sup>.*

*Dans la limite étroite des informations dont elle a pu disposer, la Cour a cherché à évaluer les dépenses de personnel de ces établissements et à apprécier les spécificités de leur gestion.*

*Elle a constaté les difficultés d'une approche consolidée de ces dépenses du fait de l'éclatement de l'organisation et de la gestion des cliniques (I) et de l'externalisation notamment pour l'essentiel des dépenses de rémunération médicale (II). Dans ces conditions, la dépense salariale directe, qui recouvre un champ beaucoup plus restreint que dans le secteur public, est concentrée sur le personnel de soins, sans que là où elles pourraient être pertinentes des comparaisons entre secteurs public et privé soient suffisamment développées (III). Leur imputation à plusieurs sous-objectifs de l'ONDAM selon leur nature et le type d'activité des établissements fait obstacle à la bonne appréciation des enjeux qui leur sont liés (IV).*

---

## **I - Une pluralité de modes de gestion empêchant une approche consolidée**

La statistique annuelle des établissements de santé dénombre environ 200 000 personnes travaillant totalement ou partiellement dans les cliniques privées, soit près d'un hospitalier sur sept.

Ce décompte ne permet cependant qu'une approche partielle des effectifs travaillant dans les cliniques privées, compte tenu de l'organisation de ces dernières.

Une personne en contact avec le patient dans l'enceinte d'une clinique peut relever en effet de plusieurs situations différentes : salarié

---

561. DREES SAE 2012. L'hôpital public regroupe 62 % des capacités et réalise 58 % des séjours ; les établissements de santé privés d'intérêt collectif, à but non lucratif, respectivement 15 et 14 %.

562. DREES, liasses fiscales, 2012.

563. ATIH, données 2012. Court séjour, soins de suite et réadaptation et psychiatrie, hors MIGAC.

de la clinique (ou société d'exploitation), professionnel libéral de santé sous contrat avec la clinique, salarié de ce professionnel libéral, professionnel libéral assurant une activité médico-technique ou encore salarié d'un prestataire de service sous contrat avec la clinique.

Cette diversité de statut s'explique par une organisation très souvent éclatée entre de multiples intervenants dépendant d'organismes tiers aux formes juridiques variées<sup>564</sup>. Selon les organisations, les effectifs et les dépenses de rémunération rattachés à la société d'exploitation varient. La mutualisation plus ou moins large d'activités et de ressources entre établissements, liée à la constitution de groupes de santé privés parfois de dimension importante, influe également sur les effectifs directement rémunérés par la clinique.

Le champ d'intervention de celle-ci peut être plus ou moins étendu selon qu'elle assure directement ou non certaines activités médico-techniques. Les activités de radiologie ou de biologie peuvent ainsi être constituées en sociétés distinctes qui rémunèrent directement leur propre personnel.

Les professionnels de santé peuvent choisir d'exercer à titre salarié et sont alors régis par un contrat de travail, ou libéral, dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral<sup>565</sup>, situation de loin la plus fréquente pour les médecins<sup>566</sup>. En ce cas, leurs honoraires sont alors directement réglés par les patients, eux-mêmes remboursés par l'assurance maladie, sans peser sur les charges des établissements dans lesquels ils interviennent. Ces derniers se voient cependant reverser par les praticiens qui exercent dans leurs locaux une redevance pour services rendus, fixée contractuellement.

La clinique peut salarier directement les personnels travaillant auprès des professionnels de santé intervenant à titre libéral, tels que secrétaire médicale, aide opératoire, aide anesthésiste, mais les médecins libéraux peuvent aussi les rémunérer directement.

Pour remplir les fonctions logistiques, les cliniques privilégient le plus souvent la sous-traitance à un prestataire de service sous contrat plutôt que la gestion directe par des salariés.

---

564. Sociétés anonymes, sociétés civiles immobilières ou professionnelles, sociétés civiles de moyens, société de fait, sociétés d'exercice libéral, voire associations.

565. Les salariés sont régis par un contrat de travail, soumis à la convention collective de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002 et aux accords de branche en vigueur. Les professionnels libéraux signent obligatoirement un contrat écrit avec la clinique.

566. L'exercice libéral concerne également des professionnels non médicaux tels que les masseurs kinésithérapeutes.

**Deux exemples d'organisation différente en Pays de la Loire<sup>567</sup>**

Dans un premier établissement, pour plus de 15 M€ de produits facturés, les charges de personnel figurant dans les comptes sont de 4 M€. Il s'agit d'un établissement mono-disciplinaire fonctionnant avec des praticiens libéraux sous contrat, qui sont eux même employeurs du personnel soignant.

Dans le second établissement, pour 11,5 M€ de produits facturés, les charges de personnel figurent dans les comptes pour 0,5 M€. L'essentiel des frais liés aux personnels est comptabilisé en charges extérieures globalisées avec d'autres dépenses. Cet établissement est installé au sein d'un pôle hospitalier composé de deux sociétés, dont l'une refacture à l'autre les charges de personnel.

Les effectifs figurant dans la statistique annuelle des établissements de santé ne comprennent que les personnels directement salariés par les cliniques, soit 160 000 personnes, ainsi que les 40 000 professionnels libéraux sous contrat avec elles. En revanche ne sont pas appréhendés les salariés des professionnels libéraux<sup>568</sup>, les professionnels libéraux assurant des fonctions médico-techniques et le personnel employé par les sous-traitants. L'estimation de 200 000 personnes exerçant en clinique reste donc en deçà des ressources humaines effectivement mobilisées par ces dernières, sans qu'il soit possible de disposer d'une approche consolidée

Ces limites invitent à une grande prudence dans l'analyse des effectifs et des dépenses de personnels des cliniques, notamment au regard d'une démarche comparative avec le secteur public.

---

567. Tirés de la base de données de l'ARS des Pays de la Loire.

568. 40 000 personnes selon le rapport 2011 du FORMAH, organisme paritaire collecteur agréé pour la branche professionnelle jusqu'au 31 décembre 2012.

## **II - Des dépenses de rémunération médicale essentiellement externalisées**

### **A - Un exercice médical en clinique majoritairement libéral**

Sur 200 000 médecins en activité régulière<sup>569</sup>, 42 000 exercent totalement ou partiellement en établissement à but lucratif, à titre libéral pour 37 000 d'entre eux et comme salariés pour moins de 5 000.

Il s'agit essentiellement de spécialistes (93 %), exerçant souvent dans plusieurs établissements (65 %)<sup>570</sup>. L'exercice libéral est prédominant, voire quasi exclusif pour certaines spécialités telles que l'anesthésie-réanimation, la gynécologie-obstétrique et les spécialités chirurgicales. Il est moindre en psychiatrie, deux médecins sur trois étant salariés. Le salariat est récemment devenu majoritaire en soins de suite et de réadaptation.

Depuis 2007, les effectifs médicaux ont progressé de 2 000 personnes, soit 800 salariés, principalement en services de soins de suite et de rééducation et 1 200 médecins libéraux, exerçant essentiellement en médecine, chirurgie, obstétrique.

La connaissance des ressources médicales des cliniques reste néanmoins imprécise car les professionnels libéraux sont décomptés en personnes physiques, sans prise en compte de leur temps de travail.

### **B - Les honoraires liés aux séjours en cliniques**

La Cour a demandé à la CNAMTS d'isoler les honoraires perçus par les professionnels libéraux pour les séjours réalisés en cliniques ainsi que les dépenses remboursées par l'assurance-maladie à ce titre. Ces dernières sont imputées sur le sous-objectif « soins de ville » de l'ONDAM, comme c'est le cas pour l'ensemble des professionnels libéraux, sans être en routine rapprochés des séjours qui sont à leur origine.

---

569. Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale 2013.

570. Dans le secteur public, les proportions caractéristiques sont les suivantes : les médecins sont spécialistes à hauteur de 85 %, salariés (98 %) et travaillent à temps plein pour 62 % d'entre eux. source DREES, SAE, hors médecins en formation.

Selon cette extraction qui n'a pu porter que sur la seule année 2012<sup>571</sup>, les honoraires à tarif opposable ont représenté une masse totale de 3,9 Md€ en 2012, soit 8 % des dépenses de soins de ville, hors produits de santé. La chirurgie et l'anesthésie en représentent 45 %.

**Tableau n° 83 : honoraires perçus par les professionnels libéraux liés aux séjours en cliniques en 2012**

En M€

Spécialités	Honoraires remboursables	Dépassements d'honoraires	Total honoraires
Chirurgiens	774	406	1 180
Anesthésistes	768	172	940
Laboratoires-médecins biologistes	417	0	417
Gastro-entérologues	247	32	278
Cardiologues	266	5	271
Ophthalmologues	188	80	268
Gynécologues-obstétriciens	133	58	191
Radiologues	192	3	195
Sous total des huit spécialités cumulant 80 % des honoraires	2 984	756	3 741
Autres spécialités	930	61	991
Total	3 914	818	4 732

Source : tableau Cour des comptes à partir de données CNAMTS

Pour évaluer l'ensemble des honoraires perçus, il faut ajouter aux honoraires remboursables (3,9 Md€) les dépassements d'honoraires, les médecins étant de fait souvent installés en secteur 2. Ils sont estimés à 818 M€ en 2012.

**Les dépassements d'honoraires dans les cliniques privées**

Sur les cinq dernières années, les dépassements d'honoraires liés aux séjours en cliniques ont progressé de 200 M€<sup>572</sup>. Le dépassement moyen est évalué à 320 euros environ par séjour<sup>573</sup>, doublant presque les honoraires demandés au patient. Aucun dépassement d'honoraire n'est toutefois pratiqué pour près de 60 % des séjours réalisés en cliniques.

571. La CNAMTS n'a pas été en mesure de fournir la chronique des remboursements et des dépassements d'honoraires sur les cinq dernières années.

572. Données ATIH, sur un champ plus restreint que celui de la CNAMTS. Le montant ATIH est inférieur de 20 M€ aux données transmises par la CNAMTS

573. Pouvant comprendre plusieurs actes.

Plus de 74 % des séjours avec dépassement sont effectués en chirurgie et 20 % en médecine. Les anesthésistes et chirurgiens facturent près des trois quarts des dépassements pratiqués<sup>574</sup>. Deux familles, les « actes sur le bulbe oculaire » et ceux « sur les articulations du membre inférieur », concentrent un quart des dépassements.

Parmi les 10 587 médecins adhérents au « contrat d'accès aux soins »<sup>575</sup>, visant à modérer les dépassements d'honoraires, on compte un chirurgien sur trois intervenant en clinique et un anesthésiste sur dix<sup>576</sup>.

Au total, les honoraires perçus par les professionnels libéraux pour leur activité réalisée en cliniques se sont ainsi élevés en 2012 à 4,7 Md€.

### **III - Une masse salariale très largement consacrée à la rémunération du personnel de soins**

#### **A - Des salariés majoritairement soignants**

Les emplois salariés des cliniques sont concentrés sur les personnels soignants, qui constituent 77 % de l'ensemble et ont progressé de 8 % depuis 2007<sup>577</sup>. Le personnel infirmier, cadres compris, en représente la moitié.

Les taux d'encadrement du personnel de soins sont proches dans les secteurs public et lucratif<sup>578</sup>. En revanche, des différences de structure d'emplois s'observent dans le recours aux aides-soignants et aux agents de service hospitalier : ces derniers sont davantage représentés en cliniques<sup>579</sup>.

---

574. Le dépassement moyen est de 370 € pour les séjours en chirurgie.

575. Avenant n° 8 à la convention médicale. Entré en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2013.

576. CNAMTS, données au 24 janvier 2014.

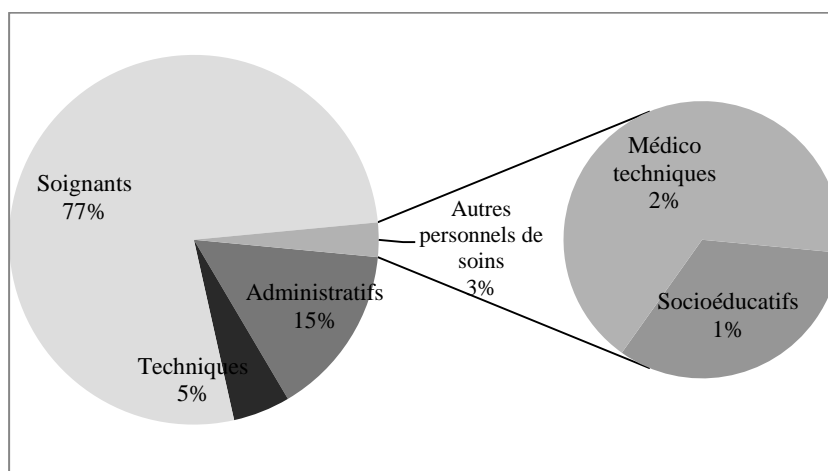
577. DREES, SAE données 2007 à 2012.

578 22,5 infirmiers et aides-soignants par cadre infirmier dans les deux secteurs (données SAE 2011) ; 26,5 agents par cadre dans le secteur public en incluant les agents de service hospitalier et autres personnels, 28 dans le secteur lucratif.

579. Les aides-soignants représentent 33,5 % de l'effectif soignant dans le secteur public et 29,7 % dans le secteur lucratif. Ces données sont respectivement de 13,2 % et 17,9 % pour les agents de service hospitalier et autres personnels (données SAE 2011).



**Graphique n° 29 : personnels non médicaux en 2012, par catégories**



Source : DREES SAE

Représentant 15 % des emplois salariés, les personnels administratifs apparaissent, rapportés au nombre de lits et de places, moins nombreux que constaté dans le secteur public<sup>580</sup>. Cet indicateur ne tient cependant pas compte de l'externalisation par certaines cliniques de diverses activités administratives, non quantifiable.

Les effectifs salariés consacrés à la logistique générale et aux activités médicot techniques représentent moins d'un salarié sur quinze contre un sur six à l'hôpital public, en diminution de 16 % sur les cinq dernières années. Ces activités sont de fait majoritairement sous traitées, notamment dans les établissements de court séjour.

580. 0,16 personnel administratif par lit et place dans le secteur privé à but lucratif et 0,32 dans le secteur public. SAE 2012.

### **Un recours important à la sous-traitance**

Près de deux cliniques sur trois déclarent recourir à la sous-traitance, principalement pour la restauration, le nettoyage puis l'entretien/maintenance et marginalement pour les fonctions d'accueil, standard ou informatique<sup>581</sup>. Récemment, de nouvelles fonctions ont été externalisées telles que notamment le codage des actes, du fait des difficultés de recrutement de praticiens qualifiés, ou la stérilisation, soumise à des normes exigeantes.

L'observatoire économique des cliniques et hôpitaux privés de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP-MCO) évalue l'impact de la sous-traitance sur les dépenses de personnel des cliniques à 3,7 % de leur chiffre d'affaires. Ces données ne sont pas connues pour les cliniques spécialisées en soins de suite et en psychiatrie, qui recourent moins fréquemment à la sous-traitance. Elles ne peuvent être directement comparées avec celles disponibles pour l'hospitalisation publique, exprimées en fonction des charges d'exploitation<sup>582</sup>.

## **B - Une augmentation plus rapide que dans le secteur public**

En 2012, la masse salariale des cliniques à but lucratif s'est élevée à près de 6 Md€<sup>583</sup>. Depuis 2007, elle a progressé annuellement de 3,6 % en moyenne en euros courants, soit une augmentation de 1,9 % en euros constants, alors que celle du secteur public hospitalier a progressé en moyenne de 0,6 % par an.

Ses composantes ont connu des évolutions contrastées. Les charges sociales représentent moins de 30 % de la masse salariale en 2012. Depuis 2007, elles ont progressé à un rythme trois fois moins rapide que celui des traitements et salaires.

---

581. Rapport de branche, CPNE-FP, « la situation de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée à statut commercial », janvier 2012, p. 33.

582. Les hôpitaux publics consacrent pour leur part 1,8 % de leurs charges d'exploitation à la sous-traitance, majoritairement en blanchisserie, restauration et nettoyage.

583. Les cliniques ont une obligation de dépôt aux greffes des tribunaux de commerce de leurs liasses fiscales (bilan, compte de résultat et annexes obligatoires). Ces dernières sont exploitées par la DREES qui publie chaque année une étude consacrée à la situation économique et financière des établissements privés à but lucratif.

**Tableau n° 84 : évolution des composantes de la masse salariale des cliniques privées (2007-2012)**

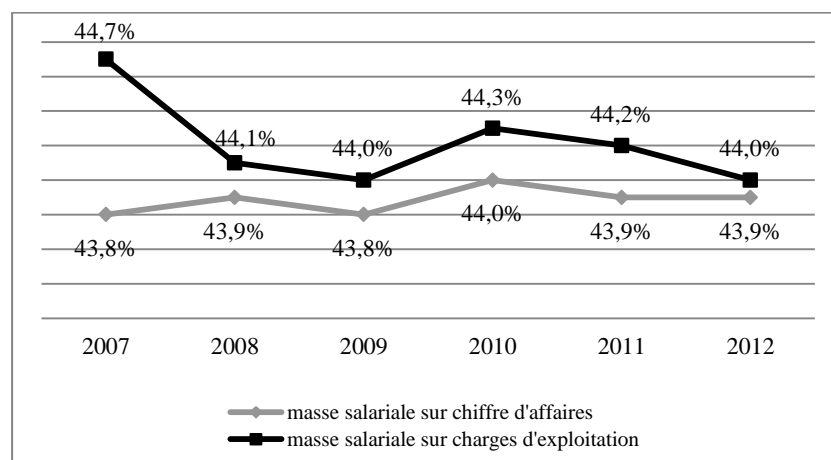
*En Md€*

	Montant		Évolution 2007-2012		Moyenne annuelle	
	2007	2012	euros courants	euros constants 584	euros courants	euros constants
Salaires et traitements	3,50	4,23	21,0 %	12,3%	3,9 %	2,2%
Charges sociales	1,50	1,73	14,9 %	6,2%	2,8 %	1,1%
Total masse salariale	5,00	5,96	19,2 %	10,5%	3,6 %	1,9%
Chiffre d'affaires	11,42	13,58	18,9 %	10,2%	3,5 %	1,8%

Source : DREES, SAE 2007-2011.

Le poids de la masse salariale sur le chiffre d'affaires, de l'ordre de 44 %, est resté relativement stable sur la période. Rapporté aux charges d'exploitation, il décroît depuis 2010.

**Graphique n° 30 : évolution du poids de la masse salariale par rapport au chiffre d'affaires et aux charges d'exploitation (2007-2012)**



Source : Cour des comptes à partir des données DREES SAE

L'exploitation des liasses fiscales ne permet pas cependant d'approfondir davantage l'analyse de la masse salariale et de ses composantes. La Fédération de l'hospitalisation privée a cherché cependant à préciser certaines de ces dernières. Son observatoire

584. INSEE, indice des prix à la consommation, ensemble hors tabac, base 100 en 2007.

économique des cliniques et hôpitaux privés évalue ainsi notamment à 1,4 % du chiffre d'affaires, pourcentage stable entre 2011 et 2012, le recours à l'intérim, concentré sur la filière soignante pour des missions courtes de 21 heures en moyenne.

Aucune étude récente n'a cependant procédé à une analyse de l'évolution du coût global du travail et de ses composantes (salaires, charges et structure d'emplois) dans le secteur lucratif.

### **C - Des analyses comparatives entre secteurs insuffisamment développées**

Dans un contexte fortement évolutif, des comparaisons entre les secteurs public et privé mériteraient d'être menées et réactualisées régulièrement.

#### **Le coût global du travail selon les secteurs public et privé à but lucratif<sup>585</sup>**

Une étude réalisée par le cabinet Aumeras à la demande du ministère de la santé en 2010 conclut à un coût global du travail dans le secteur à but lucratif inférieur à celui du secteur public. Le poids des charges serait plus élevé dans le secteur lucratif pour celles pesant sur le salarié et moins élevé en ce qui concerne les charges patronales. Au total, le salaire net moyen serait inférieur dans le secteur privé, avec des différences plus ou moins marquées selon les catégories de personnel.

Cependant, outre le caractère ancien des données prises en compte (2005-2007), les conclusions de cette étude sont limitées par son champ restreint au personnel non médical, l'absence de prise en compte des disparités régionales et sa méthode fondée sur des constats et hypothèses plus générales appliquées aux différentes catégories professionnelles et secteurs<sup>586</sup>.

L'évolution des rémunérations selon les secteurs n'est pas disponible sur les cinq dernières années selon des méthodes homogènes. La valeur du point de la convention collective de l'hospitalisation privée a

585. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, Mission tarification à l'activité, « Évaluation du coût du travail des différents secteurs hospitaliers à partir des données brutes salariales », rapport final, avril 2010. Étude réalisée par le cabinet Aumeras portant sur des données 2005 à 2007.

586. À partir des salaires bruts transmis par la DREES, l'étude calcule les charges sur la base d'un recensement des charges applicables et d'hypothèses plus générales (alignement des salaires bruts des personnels contractuels sur ceux des titulaires, taux de charges moyen par secteur pour des charges variables selon les établissements notamment).

néanmoins progressé de façon limitée, à un rythme inférieur au point de la fonction publique<sup>587</sup> jusqu'au gel de ce dernier.

Le rapport annuel sur la fonction publique, qui est publié par la direction générale de l'administration et de la fonction publique<sup>588</sup> comporte cependant depuis 2009 chaque année la progression moyenne des salaires nets comparés entre les secteurs hospitaliers public et privé lucratif ainsi qu'avec les autres composantes - État et collectivités territoriales - de la fonction publique. L'évolution des salaires moyens est légèrement inférieure au niveau de l'inflation dans le secteur lucratif, mais reste néanmoins plus favorable que dans le secteur public<sup>589</sup>.

Une meilleure connaissance comparative des conditions d'emplois et de rémunérations entre les secteurs public et privé contribuerait à permettre de mieux comprendre les trajectoires des personnels durant leur carrière et leur mobilité intersectorielle. Cette étude devrait intégrer une approche globale des professionnels de santé, salariés ou libéraux, exerçant dans les différentes catégories d'établissements de santé.

Le refus des établissements sollicités par la Cour de répondre à ses demandes ne lui a pas permis pour sa part d'esquisser une telle démarche.

Les dépenses de personnel des cliniques sont de fait considérées par elles comme un enjeu purement interne aux établissements, d'autant plus que cette composante importante de la dépense globale d'assurance maladie est soumise à des modes de régulation cloisonnés.

## **IV - Une dépense éclatée au sein de l'ONDAM**

### **A - Des imputations distinctes selon la nature des dépenses et des activités**

L'assurance-maladie ne distingue pas les professionnels de santé libéraux selon leur type d'exercice. Les honoraires et prestations de ceux

---

587. De juillet 2007 à juillet 2010, la valeur du point augmente de 1,3 % dans le secteur lucratif et 2,1 % dans le secteur public. Stable dans la fonction publique depuis lors, elle augmente de 1,2 % en juillet 2012 dans le secteur lucratif. Source FHP et DGAFP, rapport annuel page 527.

588. Sur la base de travaux de la DGAFP, de la DREES et de l'INSEE.

589. Entre 2009 et 2011 (dernière année disponible), le salaire net moyen augmente de 3,3 % dans le secteur lucratif en euros courants (-0,4 % en euros constants) et 2,4 % dans le secteur public (-1,2 % en euros constants). Source INSEE, SIASP 2009 à 2011, DADS 2009 à 2011, traitements DREES.

exerçant en clinique sont ainsi compris au sein de l'enveloppe de dépenses globale déterminée par le sous-objectif « soins de ville » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La détermination de leur montant et leur mode de régulation s'inscrivent dans le cadre général des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé<sup>590</sup>.

Les dépenses de masse salariale et de prestations de services liées à l'emploi de personnels portés par d'autres structures sont pour leur part incluses dans le sous-objectif « établissements tarifés à l'activité » pour les activités de court séjour, mais aussi au sein du sous-objectif « autres dépenses » pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation.

**La prise en compte du secteur privé à but lucratif dans la construction de l'ONDAM**

L'évolution des charges de personnel des établissements privés à but lucratif s'appuie sur l'estimation des mesures applicables au secteur public, le plus souvent étendues au secteur privé lucratif à l'exception de certaines mesures catégorielles. De façon asymétrique, les mesures applicables aux seuls salariés du secteur privé ne sont pas prises en compte dans la construction de l'ONDAM.

Par exception, les prévisions d'activité retenues dans la construction de l'ONDAM sont distinguées par secteur. Elles reposent sur les données d'activité issues du PMSI produites par l'ATIH. Un effort de productivité sur le personnel est intégré dans l'estimation des charges liée à la hausse d'activité, identique pour les deux secteurs.

---

590. Cf. chapitre VIII : les conventions avec les professions libérales de santé : répondre aux besoins des patients, mieux assurer l'efficience de la dépense.

L'information du Parlement sur les effectifs et les dépenses de personnel figurant en annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale est également présentée distinctement selon les secteurs<sup>591</sup> mais ne présente pas le même degré de précision dans les deux cas. Pour les établissements privés à but lucratif, les effectifs présentés comportent, outre les personnels salariés, les professionnels de santé libéraux, sans précision des honoraires perçus. Seules les dépenses de personnel liées aux salariés sont analysées.

## **B - Une absence préjudiciable de vision globale**

Les dépenses de rémunération ne représentent qu'un enjeu minoritaire dans chacune des sous-enveloppes de l'ONDAM alors que la seule consolidation des dépenses salariales et des honoraires des professionnels libéraux intervenant en clinique révèle une charge directe de l'ordre de 10 Md€ pour l'assurance maladie, sans préjudice des activités sous-traitées.

La vision cloisonnée des dépenses de personnel salariés et libéraux intervenant en cliniques ne permet pas d'avoir une mesure globale de cet enjeu. Elle n'est pas non plus disponible au niveau régional.

### **Des agences régionales de santé mal outillées**

Bien que l'article L. 6161-3 du code de la santé publique<sup>592</sup> impose aux cliniques une obligation de transmission de leurs comptes aux ARS, ces dernières n'en disposent pas systématiquement. Le décret fixant les modalités de transmission des comptes n'est en effet toujours pas paru cinq ans après la promulgation de la loi Hôpital, patients, santé et territoires qui avait prévu cette dernière. Les ARS restent ainsi largement dans l'incapacité de suivre l'évolution de la masse salariale des cliniques de leur ressort.

---

591. Indicateur 13 du programme de qualité et d'efficacité « maladie » : évolution des effectifs et des dépenses de personnel des établissements de santé.

592. « Les comptes certifiés par le commissaire aux comptes des établissements de santé privés ainsi que ceux de leurs organismes gestionnaires sont transmis (...) à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements pour les besoins de leur contrôle. Ils sont transmis à l'agence régionale de santé dans des conditions fixées par voie réglementaire. Toutes autres pièces comptables nécessaires au contrôle sont mises à disposition de l'autorité de tarification et, en tant que de besoin, communiquées par celle-ci aux services chargés de l'analyse économique et financière ».

À l'instar du niveau national, le niveau régional est dépourvu de la vision consolidée des ressources humaines, salariées et libérales, intervenant dans les cliniques et des dépenses associées.

Plusieurs agences régionales ont toutefois cherché à se doter de bases de données à partir d'informations collectées auprès des cliniques privées de manière à pouvoir piloter plus finement cette composante de l'offre de soins.

Un suivi plus complet et systématique des dépenses de personnel des cliniques privées apparaît souhaitable au regard notamment d'une approche comparative plus complète et plus régulière de l'évolution des composantes de la dépense hospitalière entre les différentes catégories d'établissements de santé.

La création d'un seul sous-objectif « ONDAM hospitalier » retraçant comme recommandé par la Cour<sup>593</sup> les dépenses actuellement réparties entre les composantes des actuels sous-objectifs « établissements de santé tarifés à l'activité et « autres dépenses relatives aux établissements de santé » apporterait une première clarification. Elle devrait s'accompagner d'une présentation beaucoup plus complète et détaillée en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'évolution des dépenses de personnel des cliniques privées, au sens large, en intégrant celle des honoraires perçus par les professionnels libéraux intervenant en clinique, ce qui faciliterait le pilotage de cette composante importante du système de soins, favoriserait également les comparaisons intersectorielles sur des bases objectivées et éclairerait ainsi la régulation de l'ensemble du dispositif de santé.

#### **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

*La diversité des modes de gestion des cliniques privées empêche toute vision consolidée des dépenses de rémunération liées à l'activité des cliniques privées. Dans le contexte d'organisations juxtaposant des entités nombreuses et spécialisées chacune dans un aspect de la chaîne de la prise en charge, qu'il s'agisse des moyens d'exploitation, de l'immobilier, des fonctions logistiques, ou des activités médico-techniques, la charge directement supportée par la société d'exploitation varie considérablement d'un établissement à l'autre.*

593. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VI, La fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, p. 177-198, La Documentation française, septembre 2013, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).



*Ces difficultés ne font cependant pas obstacle à la possibilité et à la nécessité de suivre beaucoup plus précisément et régulièrement les composantes majeures de ces dépenses, qu'il s'agisse de la rémunération des professionnels libéraux ou de la masse salariale supportée directement par les cliniques.*

*Les outils statistiques de l'assurance maladie permettent en effet d'isoler désormais les honoraires et les dépassements perçus par les médecins exerçant en cliniques. Cette donnée importante n'est cependant pas suivie en routine et ne fait pas l'objet d'analyses particulières au regard de la maîtrise médicalisée de la dépense comme de l'égalité d'accès aux soins.*

*L'évolution de la masse salariale est perçue comme un enjeu purement interne aux établissements. Elle n'est analysée ni dans sa structure ni dans ses déterminants ni dans son évolution. Les approches comparatives intersectorielles sur des champs pertinents sont plus que limitées.*

*L'éclatement de ces dépenses entre plusieurs sous-objectifs de l'ONDAM contribue à faire obstacle à une bonne appréciation et à une vision globale des enjeux qui leur sont liées, sans que le niveau régional ne dispose d'une appréciation plus complète, pourtant nécessaire au regard du bon exercice de sa responsabilité d'organisation de l'offre de soins.*

*La Cour formule les recommandations suivantes :*

*75. accompagner la création d'un seul sous-objectif « ONDAM hospitalier » au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie d'une information plus complète et plus détaillée en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale sur les différentes composantes de la dépense de personnel des cliniques privées, y compris les honoraires (à tarifs opposables et dépassements) perçus par les professionnels libéraux pour leur activité en cliniques ;*

*76. adapter en conséquence les dispositifs de suivi et d'analyse de ces dépenses ;*

*77. développer sur des champs pertinents et selon une méthodologie rigoureuse les comparaisons entre hospitalisation publique et hospitalisation privée à but lucratif ;*

*78. publier le décret d'application de l'article L. 6111-3 du code de la santé publique pour rendre effective l'obligation de transmission par les cliniques de leurs comptes aux agences régionales de santé.*

---