

Chapitre X

La place de l'hospitalisation privée à but non lucratif

PRESENTATION

Alors que dans plusieurs pays de l'OCDE, l'hospitalisation privée non lucrative est soit dominante (Pays Bas, États-Unis), soit plus importante que le secteur privé à but lucratif (Luxembourg, Allemagne, Autriche), elle occupe en France dans le champ sanitaire une place moindre. En effet, avec un peu plus de 65 000 lits et places - hors centres de lutte contre le cancer³³⁹ - elle représente 14 % des capacités d'hospitalisation, loin derrière l'hospitalisation publique (62 % des lits et places), mais également les cliniques commerciales (23 %). Ces établissements mobilisent 6 Md€ de recettes en provenance de l'assurance-maladie, soit plus de 8 % de l'ONDAM hospitalier³⁴⁰.

S'ils n'occupent globalement qu'une troisième place, les établissements de santé privés à but non lucratif, qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, constituent un modèle original : gérés par des institutions très diverses, souvent reconnues d'utilité publique, ils sont soumis aux règles du droit privé pour leur fonctionnement mais leur financement et leur tutelle sont analogues pour l'essentiel à ceux des établissements publics dès lors qu'ils sont pour la plupart liés au service public hospitalier. Ils pèsent d'un poids significatif dans l'offre de soins de suite et de rééducation (SSR) et dans l'accueil de jour en psychiatrie, et comptent en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) certains services qui font référence dans leur spécialité.

Fortement hétérogène, car composé de nombreuses structures à la taille et aux résultats inégaux, l'hospitalisation non lucrative est confrontée à la nécessité de relever le défi de la modernisation du secteur hospitalier.

La Cour a examiné pour la première fois le positionnement de ces établissements³⁴¹ d'un type particulier. Après avoir apprécié la spécificité

339. Bien qu'appartenant à cette catégorie, les 19 centres de lutte contre le cancer selon la statistique annuelle des établissements de santé 2010 (SAE) ne sont pas inclus dans le champ de la présente enquête en raison de leur spécificité. Ils représentent une dépense d'assurance-maladie de 1,5 Md€.

340. En 2011, les établissements publics de santé (EPS) représentent en exécution près de 72 % de l'ONDAM hospitalier, et les établissements privés lucratifs – hors honoraires inclus dans l'ONDAM soins de ville - plus de 17 % de cette enveloppe.

341. La présente enquête s'est fondée sur l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières qui habilite la Cour à recueillir auprès des établissements privés des informations, dans le cadre d'évaluations comparatives des coûts et des modes de gestion, mais qui ne lui confère pas un pouvoir de contrôle à leur égard.

de leur modèle de fonctionnement et leur place dans l'offre de soins (I), elle analyse leur situation financière, qui se révèle fragile (II) et évalue les atouts dont bénéficie ce secteur pour assurer sa pérennité (III).

I - Des établissements privés intégrés au service public et présents dans toutes les activités de soins

Les établissements de santé privés à but non lucratif sont les héritiers d'initiatives privées d'inspiration confessionnelle, laïque et sociale qui impriment à ce secteur sa diversité et sa spécificité, même si ce dernier s'est structuré depuis plus de 40 ans dans son rattachement au service public hospitalier. Il en résulte un fonctionnement original.

A – Un modèle hybride

1 – Une participation au service public moins privilégiée depuis 2009

Avant l'entrée en vigueur de la loi HPST de 2009, les établissements à but non lucratif pouvaient être classés en plusieurs catégories à partir de deux critères : d'une part, leur participation ou non-participation au service public hospitalier, d'autre part, leur mode de financement, les uns percevant une dotation globale (DG) comme les établissements publics, et les autres un prix de journée dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN) comme les cliniques commerciales.

Le statut de participant au service public hospitalier

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, créatrice de la notion de « service public hospitalier », distingue les établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif, qu'elle autorise à participer à l'exécution dudit service, sous réserve que soient respectées les conditions d'égalité d'accès aux soins, d'égalité de traitement et de continuité du service. Le statut de « participant au service public hospitalier » (PSPH), issu de cette loi faisait de ses détenteurs une composante à part entière du service public hospitalier. Il permettait aux établissements concernés de bénéficier sur certains points d'un traitement équivalent à celui des établissements publics.

Ces éléments ont été confirmés par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, qui présente le service public hospitalier comme comprenant les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif (PSPH), ainsi que les autres établissements privés signataires d'un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier.

En faisant prévaloir la définition des missions de service public sur le statut des établissements, la loi HPST a rendu celles-ci accessibles à l'ensemble des établissements de santé, ce qui a induit la suppression de la catégorie d'« établissements participant au service public hospitalier ».

Cependant, à la suite d'une mobilisation des professionnels du secteur, a été instituée la catégorie des « établissements de santé privés d'intérêt collectif » (ESPIC)³⁴². Les établissements issus du régime antérieur des PSPH sont devenus automatiquement des ESPIC³⁴³, et bénéficient de la grille tarifaire publique ; ceux qui ne participaient pas au service public hospitalier peuvent choisir de se déclarer comme d'intérêt collectif auprès de leur agence régionale de santé (ARS).

Ce choix a été fait dans une très large mesure par les structures de dialyse hors centre et dans une moindre mesure par les structures d'hospitalisation à domicile. Dans le domaine médecine, obstétrique, chirurgie (MCO), la situation est moins claire pour le secteur anciennement sous dotation globale. En effet, plusieurs établissements employant des équipes médicales libérales restent en attente d'une clarification de leurs obligations en matière de tarifs imposés aux patients.

Les dépassements d'honoraires pratiqués dans certains ESPIC

La loi n° 2011-940 du 10 août 2011, dite loi Fourcade, a précisé les conditions d'intervention des médecins libéraux dans les établissements de santé non lucratif : ces professionnels doivent être rémunérés par l'établissement sur la base des honoraires conventionnels sans dépassements, minorés d'une redevance. Cette loi fixait au 10 août 2013 la date limite de mise en conformité des contrats passés entre les établissements et ces praticiens.

Cette obligation de mise en conformité ne concerne qu'un nombre limité de structures³⁴⁴, la norme étant le salariat des équipes médicales et l'exception du recours à des médecins libéraux s'accompagnant le plus souvent d'une pratique en tarifs opposables. Un certain nombre d'entorses au principe de l'application des tarifs de la sécurité sociale pouvaient cependant être observées début 2013 :

- perception par certains praticiens de dépassements d'honoraires, pris en charge directement par l'établissement et neutres pour les patients, ou partagés entre l'établissement et le patient, ou enfin intégralement répercutés sur le patient ;

342. Article L. 6161-5 du code de santé publique.

343. C'est également le cas des centres de lutte contre le cancer.

344. 11 établissements, représentant toutefois au total 500 M€ en termes de chiffre d'affaires.

- dépassements parfois perçus en dehors des murs de l'hôpital, avant ou après l'épisode d'hospitalisation, échappant ainsi en théorie au contrôle et à la responsabilité de l'établissement.

Plusieurs des établissements concernés mettent davantage l'accent sur leur attachement au principe du « zéro reste à charge » pour le patient que sur une application stricte de la réglementation des dépassements d'honoraires. L'affirmation d'un tel principe pose cependant la question du report de charge sur les assurances complémentaires et de l'effectivité des contrôles effectués sur l'absence réelle de reste à charge pour le patient.

Si le nombre d'établissements concernés est faible, l'existence de modes de fonctionnement permettant de contourner de manière plus ou moins directe l'interdiction de percevoir des dépassements d'honoraires dans les ESPIC est anormale. Le ministère comme l'assurance maladie ont la responsabilité de faire respecter les textes, sauf à les faire évoluer si besoin.

Le secteur privé non lucratif n'a pas vu cependant dans les faits son fonctionnement bouleversé depuis 2009 : l'ouverture à la concurrence des missions de service public prévue par la loi HPST, qu'il redoutait comme une remise en cause de son positionnement historique, a été en définitive réservée aux cas de carence de l'offre locale.

Toutefois il s'est senti fragilisé par les dernières évolutions législatives qui ont fait naître une période d'incertitude. Il a éprouvé comme distendue par sa nouvelle dénomination sa relation privilégiée avec le service public hospitalier, d'autant que le statut d'établissement de santé d'intérêt collectif avait initialement un caractère provisoire. Il devait en effet disparaître en principe avec l'aboutissement du processus de convergence tarifaire alignant les modes de financement des établissements de santé publics et privés. Celui-ci a cependant été supprimé par l'article 59 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Ces diverses évolutions accentuent la complexité de ce secteur, dont le mode de fonctionnement et l'offre de soins se situent à mi-chemin des modèles public et privé.

2 – Un modèle qui emprunte au public et au privé

Soumis aux règles de droit privé pour leur fonctionnement, les ESPIC conservent en réalité la proximité avec le secteur public qui caractérisait les établissements PSPH.

a) Une plus grande souplesse de gestion que l'hospitalisation publique

Les ESPIC sont des institutions de droit privé. Par de nombreux aspects, leur gestion apparaît plus souple que celle des établissements publics.

Ainsi, les lois hospitalières ne leur ont pas étendu les règles régissant le fonctionnement médical du secteur public (organisation en pôles). Leurs agents sont de droit privé, ce qui leur confère une plus grande souplesse pour les mesures d'embauche, de reconnaissance d'atteinte des objectifs, de sanction, ou de licenciement. Leurs achats sont encadrés par des procédures issues du droit européen, moins rigides que celles du code des marchés publics.

Si les ESPIC ne sont pas soumis aux règles de la comptabilité publique, ils doivent en revanche disposer de comptes certifiés, transmis à l'autorité chargée de la tarification de ces établissements pour les besoins de leur contrôle (article L. 6161-3 du code de la santé publique).

b) Une proximité avec la sphère publique

La surveillance financière

Le code de santé publique confie aux agences régionales de santé une mission de surveillance financière à l'égard des ESPIC identique à celle exercée vis-à-vis des établissements publics de santé (approbation des états de prévision de recettes et de dépenses, plans de redressement, possibilités d'administration provisoire etc.).

De fait, les établissements privés à but non lucratif ne sont pas en situation de supporter des déficits d'exploitation persistants. Si des établissements très déficitaires ont pu survivre, aidés par leurs structures gestionnaires et par les pouvoirs publics, leur assise financière (à l'exception de ceux relevant des mutuelles, qui limitent cependant leur soutien) est un facteur de fragilité en cas de déséquilibre budgétaire.

La responsabilité particulière des ARS à l'égard des ESPIC conduit certaines d'entre elles à intégrer ces établissements dans leur dispositif de veille financière des établissements de santé, principalement tourné vers les établissements publics. Au niveau national, le comité d'examen des risques hospitaliers mis en place en février 2010, transformé en comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) en décembre 2012, a examiné depuis sa création la situation financière d'établissements anciennement PSPH, notamment parisiens.

L'accueil dans les ESPIC de praticiens hospitaliers

La possibilité pour les PSPH, puis pour les ESPIC, d'accueillir en détachement des praticiens hospitaliers a longtemps été présentée comme un des avantages dont bénéficiait le secteur privé non lucratif. Malgré une menace de suppression, cette possibilité a été préservée, sous réserve d'une période probatoire d'un an que les nouveaux praticiens hospitaliers doivent obligatoirement réaliser dans un établissement public.

Les établissements de santé privés à but non lucratif partagent en outre avec les hôpitaux publics l'autorisation d'employer des médecins étrangers diplômés de pays extérieurs à l'Union européenne. Après une période d'incertitude sur le maintien de cette dérogation, la loi n° 2012-157 du 1^{er} février 2012 a prolongé jusqu'en 2016 ce dispositif.

Un certain nombre de grands ESPIC parisiens bénéficient enfin de postes hospitalo-universitaires, dont plus d'une vingtaine de postes de professeurs des universités-praticiens hospitaliers³⁴⁵, ce qui leur permet d'attirer un personnel médical au rôle important pour l'attractivité et la renommée de l'établissement.

B – Un ensemble composite d'établissements couvrant toute l'offre sanitaire

1 – Une place plus importante en psychiatrie et soins de suite qu'en court séjour

Dans le domaine sanitaire, avec un peu plus de 55 000 lits et un peu moins de 11 000 places³⁴⁶, les capacités du secteur privé non lucratif représentent, hors centres de lutte contre le cancer, 13 % de l'offre de soins en hospitalisation complète et 17 % en hospitalisation partielle³⁴⁷.

345. Ces postes sont répartis entre les hôpitaux suivants : hôpital Foch, institut mutualiste Montsouris, groupement hospitalier Diaconesses-Croix Saint-Simon, groupement hospitalier Paris-Saint Joseph, centre chirurgical Marie Lannelongue, fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild.

346. On distingue la notion de lits en cas d'hospitalisation complète et la notion de places en cas d'hospitalisation de jour.

347. Hospitalisation de jour, nuit, chirurgie ambulatoire.

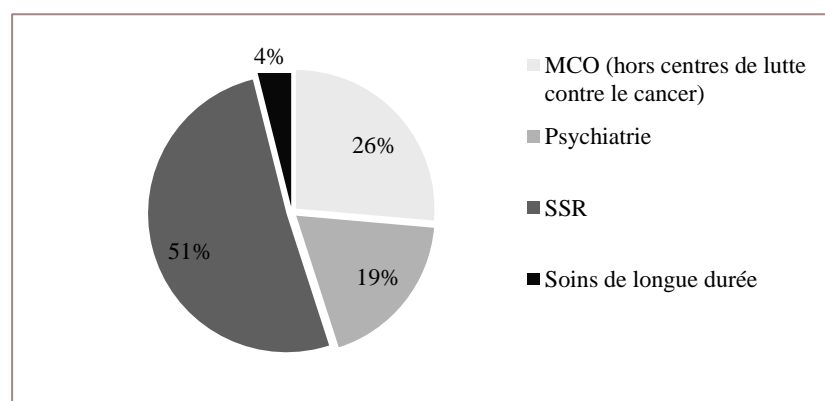
Tableau n° 65 : part des ESPIC dans l'offre de soins

	Entités	Lits		Places		% lits et places
Etablissements public de santé	956	260 642	63 %	37 761	60 %	62 %
ESPIC <i>(hors centres de lutte contre le cancer)</i>	688	55 518	13 %	10 622	17 %	14 %
Centres de lutte contre le cancer	19	2 918	1 %	737	1 %	1 %
Etablissements privé lucratif	1 047	97 632	23 %	13 995	22 %	23 %
Total	2 710	416 710	100 %	63 115	100 %	100 %

Source : statistiques d'activité des établissements de santé (SAE) 2010

Le poids du secteur privé non lucratif dans l'offre nationale de soins varie selon les activités concernées. Les ESPIC gèrent 31 % des lits et places en SSR, 15 % en psychiatrie, 7 % en MCO et 8 % pour les soins de longue durée. La représentation de ces établissements est plus forte en hospitalisation partielle et à domicile : les ESPIC assurent ainsi 45 % des journées d'hospitalisation partielle en SSR et 56 % des séjours d'hospitalisation à domicile. Ils sont également très présents dans la prise en charge de l'insuffisance rénale.

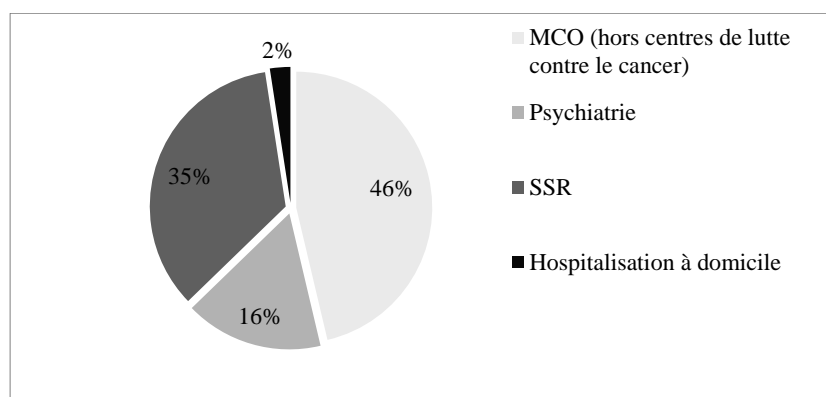
Le graphique suivant présente la répartition des capacités des ESPIC en lits et places entre les différents types d'activités sanitaires. Les soins de suite et de réadaptation occupent la place la plus importante, à 51 %, avant l'activité médecine, chirurgie et obstétrique à 26 % (hors centres de lutte contre le cancer).

Graphique n° 13 : répartition des capacités des ESPIC par type d'activités

Source : statistique d'activité des établissements de santé (SAE) 2010

Si les données manquent pour ventiler les recettes par type d'activité, l'examen des charges des établissements auparavant sous dotation globale ³⁴⁸ révèle toutefois une répartition du poids des différentes activités sensiblement différente. Bien que minoritaire en termes de capacités, la médecine, chirurgie et obstétrique génère les charges les plus importantes (46 %), suivies par les SSR (35 %) et par la psychiatrie (16 %). L'hospitalisation à domicile représente 2,5 % des charges supportées par les ESPIC.

Graphique n° 14 : répartition des différentes activités dans les charges des ESPIC



Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

2 – Un éventail de soins en court séjour plus proche du secteur public que de l'hospitalisation à but lucratif

L'activité des services de MCO des ESPIC apparaît diversifiée et plus proche de celles des hôpitaux publics que des cliniques commerciales qui concentrent leur activité sur un nombre plus restreint de types de prise en charge. Ainsi, les ESPIC réalisent 50% de l'activité avec 20 types de prises en charge différentes.

348. Cet examen est réalisé à partir des retraitements comptables réalisés par les établissements auparavant financés par dotation globale et centralisés par l'agence technique d'information hospitalière (ATIH).

Tableau n° 66 : concentration des séjours³⁴⁹

Caractéristiques de l'activité de séjours	Centres hospitaliers	ESPIC	Cliniques commerciales
Types de prise en charge qui représentent 50 % des séjours	24	20	15
Types de prise en charge qui représentent 80 % des séjours	118	114	83

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

La répartition des séjours par catégories majeures de diagnostic fait ressortir de nombreuses similitudes entre l'éventail des cas pris en charge par les établissements publics de santé et les ESPIC, les distinguant nettement des cliniques privées :

- les affections de l'œil (dont la cataracte), qui représentent 4,3 % des séjours des ESPIC, et 2,7 % des séjours des établissements publics, comptent pour 9,9 % dans les séjours des cliniques ;
- les affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique totalisent 9,3 % des séjours des ESPIC, et 9,4 % des séjours des EPS, tandis que leur poids dans les séjours des cliniques est de 13,9 % ;
- les affections du tube digestif (dont les endoscopies) totalisent 15,8 % des séjours des ESPIC, et 10,1 % de ceux des EPS, alors qu'elles représentent près du quart des séjours des cliniques commerciales (23,7 %) ;
- les ESPIC consacrent enfin une part de leur activité à des domaines dans lesquels les cliniques commerciales sont pratiquement absentes. Il en est ainsi par exemple des maladies infectieuses et parasitaires, qui représentent 0,1 % des séjours en clinique commerciale, contre 0,5 % dans les ESPIC et 1,1 % pour les établissements publics.

Le caractère plus diversifié de l'offre de soins des ESPIC, leur présence dans leurs activités de médecine sur de nombreux segments souvent peu rémunérateurs et dans certains cas leur implantation géographique dans des zones isolées les apparentent à l'hospitalisation publique avec laquelle ils partagent la même grille tarifaire.

349. La concentration est appréciée par les racines de groupes homogènes de malades (GHM) qui regroupent un même type de prise en charge, définie par les diagnostics et les actes (opératoires ou non) réalisés au cours d'un séjour hospitalier.

3 – Une offre éclatée entre de nombreuses structures

En dehors de leur vocation commune non lucrative, les ESPIC présentent une image composite.

En 2010, les 688 ESPIC du champ sanitaire proposaient une offre diversifiée, tout à la fois de court séjour, de soins de suite et de réadaptation, de soins de longue durée et de soins psychiatriques. La diversité des structures gestionnaires, qui sont constituées dans la majorité des cas par des associations, mais qui comprennent également des fondations et des mutuelles, transparaît dans le tableau suivant, relatif aux seules activités de court séjour, réalisées dans 142 établissements.

Tableau n° 67 : gestionnaires des ESPIC pour l'activité médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

	Nombre de gestionnaires	%
Associations loi de 1901	65	46
Fondations	25	17,5
Mutuelles	25	17,5
Associations de droit local Alsace Moselle	18	13
Congrégations	5	3
Organismes de sécurité sociale	4	3
Total	142	100

Source : DREES, statistiques d'activité des établissements de santé (SAE) 2011

La taille des ESPIC est très variable. Pour le court séjour, une vingtaine d'établissements au budget supérieur à 70 M€ perçoit plus de la moitié des recettes de court séjour, tandis que les petits établissements (budget inférieur à 20 M€), majoritaires en nombre, perçoivent seulement 13 % de celles-ci. Pour les soins de suite et la psychiatrie, la configuration est différente : les petits établissements, dont le chiffre d'affaire est inférieur à 20 M€, sont à la fois majoritaires par leur nombre (91 % des structures SSR et psychiatrie), mais également par leur part (56 %) dans les recettes du secteur privé non lucratif pour ce type d'activités.

4 – Une implantation géographique et une notoriété inégales

Pour des raisons essentiellement historiques, les ESPIC exerçant une activité en MCO sont très présents dans les régions Île-de-France, Alsace, Lorraine, Rhône-Alpes et Bretagne (plus de 30 % de l'offre sur certains territoires de santé) et totalement absents d'autres régions, telles que Poitou-Charentes, Picardie, Centre, Basse ou Haute-Normandie. Les

structures non lucratives d'hospitalisation à domicile, de dialyse hors centre et de soins de suite et de rééducation bénéficient en revanche d'une large diffusion dans toutes les régions.

En court séjour, des structures assurant des soins de proximité dans des zones isolées côtoient des établissements plus importants au rayonnement régional (Alsace, Pays de la Loire, Rhône-Alpes) et des hôpitaux, souvent parisiens, se classant dans les premiers rangs des palmarès nationaux pour certaines spécialités telles que le traitement de l'adénome de prostate, les prothèses de hanche, l'anévrisme cérébral, le glaucome et le cancer du poumon.

La notoriété des ESPIC est également liée au rôle moteur de certains établissements pour le développement de prises en charge aux limites de l'hospitalisation traditionnelle et requérant une coordination de différents acteurs.

Les établissements à but non lucratif ont ainsi joué un rôle de premier plan dans l'essor des soins palliatifs, que cette activité se situe dans le cadre d'une hospitalisation complète en MCO mais également en SSR, en hospitalisation à domicile, ou, débordant le strict champ sanitaire, en services de soins infirmiers à domicile³⁵⁰. En matière psychiatrique, certains établissements ont également été à l'origine de nombreuses innovations, en initiant par exemple les expérimentations préalables à la sectorisation psychiatrique, ou en intégrant aujourd'hui la psychiatrie aux centres de santé.

II - Une situation financière fragile

A – Des déficits concentrés sur le court séjour

À la fin 2011, les ESPIC avaient un résultat cumulé déficitaire à hauteur de -24,2 M€, représentant 0,33 % de leurs produits globaux. Ce résultat recouvrait des situations très contrastées selon les secteurs d'activité.

350. Les services de soins infirmiers à domicile, relevant du secteur social et médico-social, partagent avec les services d'hospitalisation à domicile certains objectifs communs (prévenir ou différer l'entrée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement, et raccourcir, lorsque cela est possible, les séjours hospitaliers) dirigés vers des populations plus marquées par la dépendance que par une pathologie spécifique.

La situation des établissements spécialisés en MCO, soumis à la tarification à l'activité, s'est détériorée en 2010 et 2011, suivant une évolution semblable à celle des centres hospitaliers. Selon l'analyse par l'ATIH de l'évolution des résultats des différentes catégories d'établissements anciennement financés par dotation globale, ces ESPIC affichaient fin 2011 un déficit cumulé de -44,9 M€, représentant 1,06 % de leurs produits globaux. Tout en rappelant que contrairement aux établissements publics, les comptes des établissements à but non lucratif sont déjà certifiés³⁵¹, ce taux de déficit était le plus défavorable de ceux constatés dans les autres catégories d'établissements, celui des centres hospitaliers et universitaires s'établissant à 0,92 % et celui des centres hospitaliers à 0,48 %.

Les établissements assurant une activité de psychiatrie ou de soins de suite présentaient en revanche fin 2011, à +20,7 M€, un résultat positif légèrement supérieur à celui observé en 2008.

Tableau n° 68 : évolution 2008-2011 du résultat global des ESPIC

En M€

Catégorie	2008	2009	2010	2011
Centres hospitaliers et universitaires	-341,0	-329,4	-233,9	-239,8
Centres hospitaliers	-95,3	-1,6	-45,8	-165,4
ESPIC	-13,6	-11,9	-36,9	-24,2
<i>dont médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)</i>	<i>-32,5</i>	<i>-23,8</i>	<i>-40,4</i>	<i>-44,9</i>
<i>dont non MCO</i>	<i>18,9</i>	<i>11,9</i>	<i>3,5</i>	<i>20,7</i>
Autres	85	95	78	67
TOTAL établissements ex-dotations globales	-364,8	-248,4	-239,0	-362,4

Champ : Résultats établis à partir d'un échantillon représentant 1 351 établissements pour lesquels des données homogènes sont disponibles sur l'ensemble de la période (il représente 95 % des recettes de titre 1 des 1 552 établissements attendus).

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

D'après les résultats provisoires disponibles en mai 2013³⁵², la situation financière des établissements publics à but non lucratif a peu évolué entre 2011 et 2012. Alors que les établissements publics renouent

351. Voir les problèmes de fiabilité des comptes des hôpitaux publics évoqués dans le chapitre VII du présent rapport « les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics ».

352. Les données prévisionnelles pour 2012 sont issues des troisièmes rapports infra-annuels collectés par l'agence technique de l'information hospitalière. Ces résultats sont traditionnellement assez proches des résultats définitifs des comptes financiers.

pour la première fois avec l'équilibre depuis 2006³⁵³, le déficit global des ESPIC reste sensiblement identique sur la période avec une amélioration légèrement inférieure à 2 %.

Rapportée aux produits globaux, la capacité d'autofinancement des ESPIC restait également à la fin 2012 la plus faible de l'ensemble des établissements auparavant sous dotation globale. Selon les mêmes données provisoires, son taux est fin 2012 inférieur au pourcentage de 5 % généralement considéré comme minimal pour pouvoir investir³⁵⁴ sans dégrader la situation financière. L'investissement des ESPIC a ainsi été financé, en partie, par un prélèvement sur le fond de roulement, en raison de l'incapacité de l'exploitation à assurer un autofinancement satisfaisant et par emprunt.

Les données de bilan se caractérisaient par la croissance rapide de la dette financière, en augmentation de 41 % de 2008 à 2011 (+51 % pour les ESPIC MCO), pour s'établir en fin de période à un montant cumulé de plus de 2 Md€. Les dépenses liées aux investissements augmentent néanmoins à un rythme moindre que dans les établissements publics³⁵⁵, alors même que leurs installations se caractérisent par une relative vétusté : leur progression a été limitée à 10,7 % de 2008 à 2011. Cette croissance est notamment sans commune mesure avec celle constatée pour les centres hospitaliers et universitaires (+ 49,6 %), dont les investissements et l'endettement ont fortement crû durant cette période.

B – Des charges de structure voisines de celles des hôpitaux publics

La situation financière difficile que connaissent de nombreux ESPIC du fait de leurs activités de court séjour est fréquemment imputée à des charges de structure supposées plus élevées que dans les autres catégories d'établissement.

L'analyse des données pour 2010 rassemblées dans le cadre de l'échelle nationale des coûts à méthodologie commune pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique fait cependant apparaître un coût

353. Voir chapitre VII du présent rapport « les fragilités du redressement financier des hôpitaux publics ».

354. Le taux de CAF (capacité d'autofinancement/produits globaux) des ESPIC s'établissait à 4,2 % à la fin 2012, contre 5,5 % pour l'ensemble des établissements ex DG.

355. Le taux d'investissement, mesuré par le rapport entre les immobilisations et les produits globaux, se situait en 2011 à 7,8 % pour les ESPIC, contre 8,7 % pour l'ensemble des établissements (ex DG).

moyen par séjour légèrement inférieur (-3,4 %) à celui observé dans les établissements de santé publics toutes catégories confondues³⁵⁶. Ces résultats, à considérer avec prudence³⁵⁷, infirment néanmoins la thèse selon laquelle le secteur privé non lucratif serait davantage pénalisé que les autres centres hospitaliers par ses charges de structure.

Entre 2008 et 2011, les charges des ESPIC progressent certes légèrement plus rapidement que celles des établissements publics de santé (11,4 % contre 9,9 %) : celles de personnel augmentent de 9,1 %, les charges à caractère médical de près de 18 % et les charges hôtelières et générales de 19 %. Cette progression, qui peut apparaître préoccupante, doit cependant être rapprochée de l'évolution de l'activité constatée ces dernières années. Avec une croissance de 14 % du nombre de séjours de médecine, chirurgie et obstétrique entre 2008 et 2011, l'activité des établissements privés à but non lucratif est celle qui a été la plus dynamique en volume toutes catégories confondues.

Ces constats soulignent que cette catégorie d'établissements est confrontée aux mêmes difficultés que les établissements publics de santé en matière de maîtrise de la progression des charges d'exploitation, et de résorption de certaines poches de sous-productivité.

C – Une évolution défavorable des recettes de l'assurance maladie

1 – Une progression des versements inférieure à celle de l'activité

La dégradation des résultats des ESPIC est intervenue en dépit de la progression des recettes en provenance de l'assurance-maladie.

356. L'échelle nationale de coûts à méthodologie commune publiée par l'ATIH en avril 2012 est fondée sur les données de coûts de l'exercice 2010.

357. L'étude se limite aux groupes homogènes de malades (GHM) pour lesquels il est statistiquement possible d'examiner les coûts d'un sous-échantillon d'établissements composé uniquement d'ESPIC (ces GHM comptant pour 63 % dans l'activité nationale de ces ESPIC à activité MCO).

Tableau n° 69 : évolution 2008-2011 des recettes en provenance de l'assurance maladie*En M€*

Catégorie	2008	2009	2010	2011	Évolution 2008-2011
Centres hospitaliers et universitaires	17 820	18 417	18 862	19 223	7,9 %
Centres hospitaliers	21 216	22 109	22 656	23 158	9,2 %
ESPIC	5 499	5 767	5 861	6 005	9,2 %
<i>dont médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)</i>	<i>3 042</i>	<i>3 226</i>	<i>3 291</i>	<i>3 380</i>	<i>11,1 %</i>
<i>dont non MCO</i>	<i>2 457</i>	<i>2 541</i>	<i>2 570</i>	<i>2 625</i>	<i>6,9 %</i>
Autres	6 434	6 626	6 732	6 849	6,4 %
TOTAL établissements ex-dotations globales	50 969	52 919	54 111	55 235	8,4 %

Source : agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Sur la période 2008-2011, la progression de 11,1 % des recettes d'assurance maladie des ESPIC au titre de leur activité en MCO, ne reflète cependant pas pleinement le dynamisme de celle-ci, dont le nombre de séjours a augmenté de 14 % sur la même période.

Les ESPIC semblent ainsi dans une situation atypique puisque pour l'ensemble des établissements anciennement sous dotation globale, les recettes d'assurance maladie ont progressé de 8,4 %, c'est à dire plus rapidement que le nombre de séjours qui n'a augmenté que de 6,4 %. Une redistribution des recettes d'assurance-maladie s'est donc opérée au sein des différentes catégories d'établissements, en défaveur des ESPIC.

Sur l'ensemble de la période, la croissance des recettes de ces derniers pour leur activité de court séjour a davantage été tirée par la progression du nombre de séjours que par l'amélioration de la qualité du codage ou par l'évolution de la gravité des cas traités. Ce phénomène est particulièrement marqué en 2011, année au cours de laquelle la croissance de 4,6 % de l'activité valorisée repose exclusivement sur l'augmentation du nombre de séjours réalisés (+5 %), l'évolution de la structure de l'activité et de sa valorisation en fonction de la grille tarifaire exerçant pour sa part un effet négatif (-0,4 %).

2 – Des pertes tarifaires imparfaitement compensées par les financements forfaitaires

Comme la Cour l'a déjà souligné³⁵⁸, la construction de la grille tarifaire a donné lieu à des ajustements incessants qui ont eu pour effet mécanique de redistribuer des produits entre établissements. En raison de différences de structure d'activité, ces établissements ont subi à chaque ajustement des effets de recettes à la hausse ou à la baisse, malgré une activité inchangée.

Globalement, les établissements privés à but non lucratif ont été touchés de manière négative par ces modifications de la classification des séjours et par les mécanismes de convergence tarifaire entre établissements. Ils n'ont pas compensé au travers de financements complémentaires pérennes les recettes qu'ils ont perdues depuis 2009 du fait du passage à la tarification à l'activité.

a) Une évolution tarifaire défavorable³⁵⁹

Toutes choses égales par ailleurs, le mécanisme de convergence intra-sectorielle, mis en œuvre de 2008 à 2011 pour l'activité de MCO et qui avait pour objectif de permettre aux établissements anciennement financés sous dotation globale de progressivement s'aligner sur une même grille tarifaire, a eu un impact négatif sur les recettes des ESPIC, de l'ordre sur l'ensemble de la période de 18 M€³⁶⁰.

Ces établissements ont de plus supporté une part significative de l'effort de convergence réalisé entre les tarifs publics et privés de 2010 à 2012 (convergence intersectorielle). Selon la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), qui a étudié

358. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre VII : la mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours, La Documentation française, septembre 2009, p. 171-212, disponible sur www.ccomptes.fr et *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VII : tarification à l'activité et convergence tarifaire, La Documentation française, septembre 2011, p. 199-228, disponible sur www.ccomptes.fr.

359. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2009*, chapitre VII : la mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours, La Documentation française, septembre 2009, p. 171-212, disponible sur www.ccomptes.fr.

360. Source ATIH : ce montant fait abstraction de l'avantage qu'ont pu tirer deux groupements hospitaliers mutualistes du passage à la grille publique pour certains de leurs membres relevant auparavant de la grille tarifaire privée (cf. *infra*).

la répartition des efforts demandés au titre de la convergence intersectorielle entre les différentes catégories d'établissements du secteur auparavant sous dotation globale³⁶¹, les ESPIC qu'elle regroupe ont supporté 10,2 % des efforts de convergence en 2010 et 10,0 % en 2011, alors qu'ils représentent 7,8 % des recettes de l'ensemble des établissements concernés.

Par ailleurs, bien que le secteur privé non lucratif compte dans ses rangs des établissements jouant un rôle de recours sur des pathologies lourdes, il n'a pas été favorisé globalement par le passage en 2009 à la version 11 de la classification des GHM, destinée à mieux refléter la gravité des cas traités.

L'analyse du financement perçu par ces établissements par rapport à une situation où les tarifs auraient respecté strictement la hiérarchie de l'échelle nationale des coûts³⁶² montre que la distorsion de la grille tarifaire par rapport aux coûts a pour les ESPIC une incidence de 15,1 M€, soit un montant équivalent à 0,7 % de leurs recettes tarifaires. Ils sont particulièrement touchés par le sous-financement relatif des séjours de gravité légère (niveau 1), partiellement compensé par le « surfinancement » des séjours à fort niveau de gravité (niveaux 3 et 4).

b) Le financement au titre de missions d'intérêt général

Au titre des dotations pour missions d'intérêt général (MIG), les ESPIC bénéficient de financements révélateurs de leur implication dans la gériatrie et les soins palliatifs : les 12,7 M€ perçus en 2011 concernent à hauteur de 2,9 M€ le financement d'équipes mobiles de gériatrie (sur un total de 67,5 M€ pour l'ensemble des établissements de soins), et 8,7 M€ le financement d'équipes mobiles de soins palliatifs (sur un total de 118,9 M€).

361. *Revue n° 223*, Perspectives sanitaires et sociales de juillet-août 2012.

362. Il s'agit ici de la notion de neutralité tarifaire, explicitée par l'IGAS dans un rapport de mars 2012 sur l'évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux, et qui correspond au respect par les tarifs de la hiérarchie des coûts moyens de production des séjours établie par l'Echelle nationale de coûts à méthodologie commune (ENCC). À la demande de la Cour, l'ATIH a analysé les écarts entre les tarifs 2012 appliqués aux ESPIC ex DG pour leur activité de court séjour et les recettes qui auraient été perçues par ces établissements dans le cas où la hiérarchie des tarifs aurait été strictement calquée celle de l'échelle nationale des coûts.

Le financement de la permanence des soins en établissements de santé (PDES³⁶³) initialement en ligne avec la part des ESPIC dans l'offre de soins de court séjour a connu une réduction en 2011 dans le cadre de la réorganisation du dispositif de permanence des soins engagée par les agences régionales de santé. Alors que cette dotation, d'un montant de 57 M€ en 2010, représentait plus du tiers des concours aux ESPIC au titre des missions d'intérêt général, la baisse observée en 2011 (-5,9 %) est deux fois plus importante que celle qui a affecté l'ensemble des établissements de santé (-2,8 %). La dotation perçue au titre de la précarité représente 4,3 % du total attribué à l'ensemble des établissements de santé, cette sous-représentation pouvant tenir à un effet et à la volonté de ne pas disperser ces financements entre des établissements de petite taille.

Les ESPIC ont ainsi été affectés par la réfaction de la masse tarifaire nécessaire à la création, en 2009, des dotations d'intérêt général au titre de la précarité et de la permanence des soins et ont contribué significativement à la réallocation des ressources entre établissements de soins.

Dotations pour missions d'intérêt général et prise en compte du différentiel de charges sociales

Les ESPIC se sont vu attribuer en 2011 un financement au titre des missions d'intérêt général de 35 M€, intitulé « soutien financier aux établissements ex privés ex DG », qui a été porté à 70 M€ en 2012. Ce financement constitue la réponse du ministère à la demande de prise en charge du différentiel de charges sociales entre la fonction publique et le secteur privé, présentée depuis plusieurs années par les responsables du secteur privé non lucratif. Considérant notamment que le surcoût lié du différentiel de charges sociales, estimé par l'IGAS et la DREES à un montant compris entre 79 M€ et 139 M€, est en partie compensé par la souplesse de gestion dont bénéficient les ESPIC, le ministère a jusqu'à présent refusé de donner un caractère pérenne à la compensation accordée au privé non lucratif qui tient compte de la situation des établissements.

Les ESPIC sont faiblement concernés par les aides au maintien d'activités jugées prioritaires dans les schémas régionaux d'organisation des soins mais générant des déficits (1,1 M€ sur un total national de 34,2 M€), alors qu'ils sont dans certains cas appelés par la tutelle régionale à soutenir une offre défaillante (cf. *infra*), dont l'équation financière apparaît particulièrement déséquilibrée.

363. Cf. chapitre XII du présent rapport « la permanence des soins ».

Le cas de la clinique Saint-Luc à Schirmeck

Le groupe hospitalier Saint-Vincent de Strasbourg est gestionnaire de la clinique Saint-Luc, à Schirmeck, dans la région isolée de la vallée de la Bruche et ne maintient cet établissement déficitaire qu'à la demande de l'ARS qui ne veut pas voir disparaître cet établissement de proximité.

C'est le seul établissement de proximité de la vallée, par ailleurs éloignée à 45 minutes de route de Strasbourg. Cet établissement assure une présence médicale 24 heures sur 24, 365 jours par an (de 8h00 à 22h00 par une présence sur place puis par des astreintes assurées par quatre médecins). Cette activité (dénommée polyclinique) s'apparente à celle d'un service d'urgences et génère un déficit annuel de plus de 800 000 €, sur un déficit de 1,2 M€ au total.

Après avoir octroyé une aide exceptionnelle de 200 000 € pour cette activité à la fin 2011, l'ARS a porté ce montant à 800 000 € à la fin 2012 dans le cadre d'une aide annuelle présentée comme pérenne.

Afin de conserver une offre de soins de proximité, une solution pérenne est cependant à trouver pour ces établissements. Cette problématique, qui concerne également un certain nombre d'hôpitaux publics³⁶⁴, prend une acuité particulière dans le cas des ESPIC qui ne peuvent accumuler les déficits sans mettre en péril leur survie.

*

* *

La situation financière de ce secteur apparaît ainsi fragilisée, en particulier par les évolutions tarifaires en cours. Les travaux du comité de réforme de la tarification hospitalière (CORETAH), installé en décembre 2012 par la ministre de la santé, devraient permettre une meilleure prise en compte de cette problématique. Toutefois le passage à un financement à l'activité des soins de suite et de réadaptation³⁶⁵, à partir de 2016, le mettra à nouveau sous forte contrainte. L'hospitalisation à but non lucratif doit ainsi intensifier les efforts de restructuration qu'elle a déjà engagés pour retrouver le chemin de l'équilibre financier.

364. Cf. chapitre XI du présent rapport « l'avenir des hôpitaux locaux ».

365. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre XII : les activités de soins de suite et de réadaptation, La Documentation française, septembre 2012, p. 339-369, disponible sur www.ccomptes.fr.

III - Des atouts à mieux exploiter

Pour assurer sa pérennité, le secteur privé non lucratif dispose d'un certain nombre d'atouts, dont pourront bénéficier les établissements qui auront su maîtriser leurs charges et restructurer leur offre de soins.

A – Tirer profit d'une tradition d'innovation

Toutes activités confondues, le secteur privé non lucratif aura des perspectives de développement d'autant plus favorables qu'il saura utiliser ses compétences en matière d'animation de réseaux et de mise en œuvre d'actions transversales, permettant d'organiser le cheminement du malade dans le système de soins.

1 – Un savoir-faire en termes de parcours de soins

Certaines actions développées par les ESPIC s'inscrivent déjà dans une logique transverse : pour l'accompagnement de la fin de vie, le secteur privé non lucratif a su promouvoir les partenariats entre des établissements sanitaires disposant d'une équipe mobile de soins palliatifs et des établissements médico-sociaux, permettant par exemple l'intervention de l'hospitalisation à domicile en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. De nombreux établissements de petite taille assurent à la fois des services d'hospitalisation à domicile et gèrent des services de soins infirmiers à domicile, sans se limiter à une prise en charge en soins palliatifs. Plus généralement, la proximité de ces structures avec les différents intervenants du secteur médical, médico-social et social ou du secteur des services à la personne constitue également un atout en termes de constitution de réseaux autour de certaines pathologies.

Les ESPIC intervenant dans le domaine de la psychiatrie bénéficient d'une expérience reconnue en matière de coordination territoriale, 7 % des secteurs psychiatriques leur étant aujourd'hui rattachés. Cette position de tête de réseau les amène à nouer des liens avec l'ensemble des intervenants sur un territoire (établissements sanitaires, médico-sociaux et domicile), en assurant un principe de continuité entre prévention, soins ambulatoires, hospitalisation et orientation éventuelle vers une structure médico-sociale.

Certains ESPIC de taille moyenne, situés dans des régions de forte implantation pour le secteur privé non lucratif (Alsace, Aquitaine), disposent de services d'aval leur permettant de suivre l'ensemble d'une filière, telle la filière gériatrique en articulant notamment médecine

gériatrique, soins de suite et rééducation spécialisée dans l'optique du retour à domicile.

2 – Une nécessaire approche fédérative

Ce positionnement central, à la confluence du sanitaire et du médico-social, ne peut constituer un avantage que si les ESPIC parviennent à fédérer leurs efforts, en établissant des liens entre des structures distinctes par leur taille et par leur vocation actuelle. Ils devraient alors être capables de promouvoir encore davantage et de manière mieux chaînée une approche transversale de la prise en charge des patients, bénéficiant de la souplesse de leurs modalités de gestion, et de leur connaissance de leur environnement, conformément aux orientations du rapport³⁶⁶ remis au ministre de la santé en mars 2013.

Pour le développement de nouvelles pratiques (tel le suivi du parcours des patients diabétiques), le secteur privé non lucratif est à certains égards mieux positionné que l'hôpital public, qui voit ses capacités d'action entravées par de forts cloisonnements institutionnels, et par les différences de culture entre court et moyen séjour, hospitalisation traditionnelle et hospitalisation à domicile. Ce rôle d'expérimentateur est par ailleurs plus adapté à la démarche des établissements à but non lucratif qu'à celle des établissements privés de statut commercial, à qui il est difficile de s'engager, en raison des exigences de retour sur investissement posées par leurs actionnaires.

Pour assurer efficacement le suivi du parcours du patient sur les différents segments de l'offre de soins, les structures plus petites devront cependant être capables de s'insérer dans un dispositif plus vaste, assurant la fluidité des parcours et une forme de mutualisation des équipements et des équipes.

B – Dégager des marges de manœuvre

1 – Dynamiser la gestion des ressources humaines

La tension sur les charges de personnel met en lumière les enjeux attachés à la renégociation de la convention collective de 1951, qui régit les relations sociales des établissements ressortissants de la FEHAP. La renégociation en cours pourrait redonner des marges de manœuvre aux

366. *Rapport du groupe de pilotage* le « Pacte de confiance pour l'hôpital », présidé par M. Edouard Cauty – ministère des affaires sociales et de la santé - mars 2013.

établissements et leur fournir l'opportunité d'accélérer leur modernisation.

Dans un certain nombre de spécialités, la convention de 1951 s'avère en particulier largement obsolète pour les recrutements de personnel médical. Différents moyens sont employés par les établissements pour renforcer l'attractivité de certains postes : majorations de rémunérations, octroi de primes sur objectifs, limitation du nombre de gardes, intéressement à l'activité pour attirer ou conserver des profils médicaux rares, les médecins des ESPIC ne bénéficiant pas de la possibilité d'exercer une activité privée dans l'établissement en sus de leur activité salariée, ou inciter les professionnels à accroître leur activité. Pour éviter tout dérapage, ces contrats d'intéressement doivent néanmoins être encadrés.

2 – Des restructurations indispensables

L'amélioration des résultats des établissements les plus déficitaires peut imposer des restructurations de grande ampleur. Soucieux de préserver l'originalité de leur modèle, qui allie gestion privée et souci revendiqué de l'intérêt général, les ESPIC doivent savoir être à l'initiative pour se réorganiser collectivement en fonction des évolutions de l'offre territoriale de soins et anticiper l'alourdissement des contraintes financières que la situation de l'assurance maladie impose à l'ensemble du système de soins.

Le regroupement d'ESPIC parisiens au sein du groupe Paris Saint-Joseph

La situation financière dégradée des hôpitaux à but non lucratif du sud parisien a imposé une restructuration de la carte sanitaire, fortement encouragée par l'autorité sanitaire régionale.

La constitution en 2006 du groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, par fusion des hôpitaux Saint-Joseph, Saint-Michel et de la maternité Notre Dame de Bon Secours sur le site de l'hôpital Saint-Joseph, a eu pour corollaire l'arrêt des activités de SSR, maladies infectieuses, pédiatrie, réanimation néonatale, chirurgie cardiaque³⁶⁷ et l'arrêt des activités sanitaires des deux autres sites.

Elle s'est accompagnée de deux plans sociaux, mis en œuvre en 2006 et 2008, auquel s'est ajouté sur la période 2010-2012 un plan d'adaptation des emplois et des compétences, qui a concerné 600 personnes (fonctions support) et entraîné une diminution de 87 ETP.

367. L'équipe de chirurgie cardiaque de Saint Joseph a intégré le centre médico-chirurgical Marie Lannelongue, qui est également un ESPIC.

Le groupe hospitalier Paris Saint-Joseph indique que l'équilibre financier a été atteint en 2011 et 2012 avec des volumes d'activité supérieurs à ceux des trois hôpitaux d'origine.

Les groupements de coopération sanitaire (GCS), expérimentés dans plusieurs régions pour rapprocher des établissements publics et privés non lucratifs et conforter leurs positions respectives, se révèlent parfois extrêmement fragiles et complexes à mettre en œuvre. Aux difficultés financières initiales s'ajoutent souvent les tensions liées aux différences de statut ou au partage de la gouvernance, qui en font une solution peu opérationnelle.

Le groupement de coopération sanitaire fondation Hôtel-Dieu du Creusot/hôpital de Montceau-les-Mines

La décision prise par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, après l'échec de la concertation, de créer un GCS fin 2009 entre la fondation Hôtel-Dieu du Creusot, établissement privé non lucratif (ESPIC), et le centre hospitalier de Montceau-les-Mines, établissement public, tous les deux fortement déficitaires, n'a pas résolu les difficultés de ces deux structures.

Ce GCS n'a jamais fonctionné et fait l'objet d'une procédure contentieuse d'un des établissements devant le tribunal administratif de Dijon. Alors que la fondation Hôtel-Dieu a été placée en redressement judiciaire en janvier 2011 et a fait l'objet d'un plan de continuation en juin 2012, une administration provisoire a été mise en place en 2011 au CH de Montceau les Mines, débouchant sur une amélioration des résultats du centre hospitalier. Finalement les problèmes posés par la répartition de l'offre médicale entre ces deux établissements³⁶⁸ demeurent. Le projet de fusion est abandonné et le programme régional de santé de l'agence régionale de santé de Bourgogne, arrêté en février 2012, invitent toujours à une plus grande coopération entre ces deux établissements.

Dans les processus de restructuration impliquant des établissements privés certains à but non lucratif d'autres à caractère commercial, il convient par ailleurs de mieux mesurer ex ante le coût pour l'assurance-maladie de ces rapprochements aux grilles tarifaires différentes. Ainsi, l'application en 2009 de la tarification publique à deux nouvelles structures (le groupement hospitalier mutualiste de Grenoble et le groupement hospitalier mutualiste Les Portes du Sud de Vénissieux), nées chacune du regroupement d'un établissement PSPH et d'une clinique commerciale, a-t-elle entraîné pour ces dernières un gain annuel de plus de 3 M€, entièrement à la charge de l'assurance-maladie.

368. Rapport de l'inspection général des affaires sociales 2012 - *L'hôpital*.

*
* *

Il appartient ainsi au premier chef aux établissements privés sans but lucratif de s'inscrire pleinement dans la dynamique de recomposition de l'offre de soins sans exciper pour chercher à s'y soustraire de l'ancienneté de leur histoire ou de la spécificité de leur statut.

Les pouvoirs publics doivent être attentifs à accompagner des mutations indispensables, de manière notamment, conformément au principe de neutralité tarifaire qui a guidé certaines modifications apportées en 2012 à la tarification à l'activité, qu'ils ne soient pas, par principe ou par défaut, systématiquement défavorisés dans l'allocation des ressources d'assurance-maladie entre les différentes catégories d'établissements.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Les objectifs et la nature de l'activité des établissements privés à but non lucratif ont été à l'origine de leur lien privilégié avec le service public hospitalier. Le financement par dotation globale dont ils ont pu bénéficier de ce fait a été protecteur de leur spécificité et de leur diversité.

Le passage à la tarification à l'activité pour le court séjour a fragilisé leur situation financière. Leur avenir est d'autant moins assuré que la mise en œuvre prochaine de ce mode de financement dans le secteur des soins de suite et de réadaptation, qui constitue une part très importante de leur offre sanitaire, aura une incidence très sensible sur les conditions de leur équilibre.

Dans ce contexte, l'hospitalisation privée à but non lucratif doit activement et pleinement s'insérer dans le mouvement de réformes engagé dans l'ensemble du secteur hospitalier. Elle dispose pour cela de réels atouts : sa plus grande souplesse de fonctionnement, des activités qui se prêtent à l'articulation d'une prise en charge coordonnée, une tradition reconnue d'innovation, en matière notamment d'alternatives à l'hospitalisation complète, un ancrage territorial ancien qui leur confère une forte légitimité et les inscrit tout naturellement dans une dimension d'accessibilité des soins. Inversement, une modernisation inégale, une taille souvent modeste, une offre de soins parfois dispersée, des difficultés de recrutements médicaux, des charges de structure qui ne sont pas moins élevées que le secteur public, obèrent leur capacité à relever tous les défis de la reconfiguration du système de soins.

L'originalité du modèle qu'ils incarnent ne doit pas être pour autant considérée comme une survivance d'un passé révolu. Il appartient au premier chef aux établissements privés à but non lucratif de démontrer leur

capacité à se réinventer dans la fidélité aux principes qui le fondent. Les pouvoirs publics doivent quant à eux être attentifs à accompagner leurs efforts pour une indispensable mutation, seule à même de leur permettre d'attester qu'il peut être aussi fécond pour l'avenir.

La Cour formule les recommandations suivantes :

39. accélérer les restructurations en cours des établissements privés à but non lucratif pour un retour rapide à l'équilibre financier ;

40. veiller à une plus grande neutralité des mécanismes tarifaires au regard de cette catégorie d'établissements, qu'il s'agisse des ajustements à la grille de tarification du court séjour ou lors du passage à une tarification à l'activité des soins de suite et de réadaptation ;

41. compenser par redéploiement et par un complément de financement au titre des missions d'intérêt général les surcoûts liés à un éloignement géographique justifié par les besoins de l'organisation territoriale de l'offre de soins ;

42. inciter les établissements de santé privés d'intérêt collectif à s'inscrire dans les expérimentations de mise en place de parcours de soins des patients ;

43. mettre fin aux dépassements perçus par les praticiens libéraux exerçant dans certains de ces établissements.
