

INSTITUT MONTAIGNE



RESUME

HÔPITAL : LE MODELE INVISIBLE

Denise SILBER

(avec la collaboration de Laurent Castra, Pascal Garel et Ahmad Risk)

En France, le système hospitalier s'organise autour de trois « modèles » : deux bien répertoriés, l'hôpital public et la clinique privée à but lucratif mais aussi, même s'il est encore peu connu en France, l'hôpital privé à but non lucratif (PNL). Plusieurs de nos établissements les plus réputés font partie de ce secteur, mais sans qu'on le sache vraiment. Les PNL sont même très présents aux palmarès « hôpitaux » et « cliniques » des hebdomadaires. Il s'agit, par exemple, de l'Institut Mutualiste Montsouris, de la Fondation Rothschild, de la Clinique du Diaconat à Strasbourg ou de la Clinique de traumatologie à Nancy, pour n'en citer que quelques-uns. Chez la plupart de nos grands voisins, les établissements PNL occupent d'ailleurs souvent une position importante, voire dominante, dans l'organisation hospitalière.

Il existe 868 établissements privés à but non lucratif en France, soit 28% des 3000 établissements français. Tantôt hôpitaux tantôt cliniques, ils se répartissent en PSPH (établissements participant au service public hospitalier) et autres hôpitaux privés à but non lucratif d'une part, et en cliniques privées associatives d'autre part.

Les établissements PNL présentent une diversité des origines et une variété des profils, ce qui contribue à une réelle richesse dans leurs activités. Mais ils partagent un certain nombre de caractéristiques. La majorité des hôpitaux PNL assurent une mission de service publique identique à celle de l'hôpital public. Sur 868 établissements privés non lucratifs, 538 ont le statut de PSPH. Le secteur PNL est le plus petit des trois secteurs hospitaliers en France aussi bien en capacité d'accueil (15% des lits contre 65% pour l'hôpital public et 20% pour le secteur lucratif) qu'en nombre d'établissements (868 hôpitaux privés non lucratifs contre 1136 établissements privés lucratifs et 1008 établissements « hôpitaux publics »). Seule l'Alsace constitue une exception à la moyenne nationale. Là, les hôpitaux privés à but non lucratif passent en tête en terme de nombre d'établissements et se retrouvent en deuxième position, derrière le secteur public, en terme de capacité d'accueil.

Au niveau international, tous les pays développés sont aujourd'hui confrontés au double défi du vieillissement des populations et de l'émergence de nouvelles technologies médicales coûteuses. On distingue deux tendances dans l'évolution des systèmes de santé : l'ouverture des systèmes vers des solutions hybrides, notamment des initiatives « public-privé », et la « privatisation » du statut du personnel hospitalier.

Une comparaison de huit pays développés¹ permet de constater qu'ils disposent tous d'un secteur public ainsi que d'un secteur PNL. Dans l'Europe des Quinze, l'hôpital privé à but non lucratif représente près de la moitié des établissements, bien qu'à des degrés variables d'un pays à l'autre. En

¹ Pays-Bas, Etats-Unis, Luxembourg, Allemagne, Belgique, France, Autriche, Grande Bretagne

revanche, seuls cinq des huit pays examinés ont un secteur privé lucratif et, contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, la France en est le leader, dépassant même les Etats-Unis. Dans certains pays, comme les Pays-Bas, le secteur privé lucratif est même interdit.

Le secteur PNL domine aux Pays-Bas, en Allemagne mais également aux Etats-Unis où il bénéficie de certains avantages fiscaux. Si le secteur PNL américain présente un rapport qualité/coût supérieur à celui des établissements à but lucratif, cela ne l'a pas préservé des difficultés financières ces vingt dernières années. En revanche, au Royaume-Uni, le système hospitalier est ultradominé par le secteur public, mais une réforme récente renforce le rôle des hôpitaux privés, en particulier à but non lucratif.

Le manque de notoriété des hôpitaux PNL est surprenant vu leurs caractéristiques et leurs résultats. Ils ont, tout d'abord, une activité comparable à celle du secteur public en matière de prise en charge des pathologies lourdes et de poids moyen des cas traités. Le secteur PNL est d'ailleurs très impliqué dans l'hospitalisation à domicile et la prise en charge des maladies chroniques. Il n'assure, par exemple, pas moins de trois quarts des dialyses réalisées en France. Ensuite, les établissements PNL font preuve d'une meilleure « productivité » que celle des centres hospitaliers publics dans le domaine de la chirurgie. Ils présentent également un meilleur rapport qualité/prix que celui du secteur public. Les hôpitaux PNL sont aussi bien notés dans les rapports d'accréditation (procédure d'évaluation externe à l'hôpital). Enfin, le secteur PNL jouit d'un modèle de gouvernance relativement souple, leur personnel étant sous contrat de droit privé.

Si les résultats du secteur PNL sont bons, il ne bénéficie pourtant pas d'un contexte réglementaire très favorable. Bien que poursuivant une mission de service public, il ne profite pas des mêmes avantages que l'hôpital public :

- le poids des charges sociales supportées par les établissements privés (lucratifs et PNL) est supérieur de près de 11% à celui du secteur public.
- les médecins des établissements PNL n'ont pas le droit d'exercer des activités libérales, contrairement aux médecins salariés du secteur public, et leur revenu moyen est, de ce fait, plus faible que dans le secteur public.
- le secteur PNL ne bénéficie pas des mêmes facilités financières et comptables que les secteurs public et privé lucratif. Ainsi, les établissements PNL sont tenus de produire un bilan non déficitaire et n'ont pas droit au report de charges, coutumier dans les hôpitaux publics.
- les dispositifs en place favorisent la conversion des hôpitaux PNL vers un statut public, alors que la réciproque n'est pas prévue.
- Ces établissements sont également « invisibles » sur le plan administratif : ils ne sont pas regroupés sous une catégorie statistique unique et identifiable comme telle.
- les établissements PNL dépendent de quatre conventions collectives, de deux régimes de financement et se répartissent selon quatre formes d'organisation. Cette absence de regroupement des données des hôpitaux PNL est nuisible à leur prise en compte dans les politiques de santé.

Le secteur PNL est aujourd'hui en régression. Sur la période de 1992 à 2002, il a connu une baisse de lits deux fois supérieure à celle des hôpitaux publics.

Pour conclure, la formule de l'hôpital privé à but non lucratif a montré, aussi bien en Europe qu'aux Etats-Unis, sa viabilité et sa capacité de concilier mission publique et productivité. En France, l'hôpital privé à but non lucratif allie qualité des soins, accès des plus démunis à une médecine de qualité et absence de but lucratif, mais souffre d'un manque de visibilité et d'un environnement réglementaire peu favorable. Pourtant, une simple valorisation de ce secteur par des mesures visant au total à une simple

égalité de traitement avec les autres secteurs hospitaliers permettrait de donner un souffle nouveau à l'ensemble du système de soins français.

LES PRINCIPALES PROPOSITIONS

Institut Montaigne avance sept propositions destinées à répondre à trois objectifs.

▪ **Rendre visible le secteur PNL et mobiliser ainsi les énergies**

Le statut des hôpitaux PNL est méconnu et l'intérêt de la catégorie est ignoré.

Proposition 1 : Identifier et suivre les indicateurs des trois secteurs hospitaliers.

- Officialiser l'existence du secteur privé non lucratif, en identifiant, sous forme de liste, les hôpitaux et cliniques concernés.

Mettre en place un suivi statistique des établissements PNL, comme des hôpitaux publics et privés à but lucratif, au niveau du Ministère de la Santé et de l'assurance maladie.

- Opérer une distinction claire entre les trois secteurs dans les documents officiels. Désigner trois experts, un par secteur, pour suivre cette mise en place.
- Accompagner l'action d'une campagne de communication auprès des acteurs de santé et des citoyens.
- Réaliser un rapport annuel des performances.

(Changement ne requérant aucune modification légale ou réglementaire)

▪ **Etablir une égalité de traitement pour les trois secteurs hospitaliers**

Il y a, schématiquement, une réglementation pour les hôpitaux publics et une autre pour les établissements privés. Aucune des deux ne correspond au profil des établissements PNL.

Par ailleurs, puisque la réforme actuelle introduit l'égalité de la tarification, il n'est pas logique que les conditions de production des soins soient inégales, qu'il s'agisse de la gestion des professionnels de santé, des subventions financières accordées aux établissements, aux conventions pour l'enseignement et la recherche.

Proposition 2 : Égaliser les conditions de management des personnels

Recrutement

- Médecins : autoriser le recrutement des médecins libéraux par les établissements qui le souhaitent ; traiter la consultation privée de manière identique entre hôpitaux publics et PNL.
- Management : rendre tous les postes de management de tous les établissements accessibles aux cadres – « hospitaliers » ou non – des secteurs publics et privés, sans condition d'âge et en variant les formations.

- Employés : généraliser progressivement le statut de droit privé : sur la base de volontariat pour les personnes en place, et à l'occasion de nouvelles embauches.

Personnel

- Rémunération : faciliter la rémunération au mérite, en autorisant la modification des contrats par le personnel qui le souhaite.

Affecter à un compte unique par catégorie de professionnels les honoraires générés par les actes réalisés, puis les répartir en salaire au regard des productivités respectives (modification de l'article R 715-6-10).

- Charges sociales : lisser le différentiel des charges sociales, à salaire égal entre les différentes catégories d'établissements.

(Changement de type législatif)

Proposition 3 : Egaliser les conditions de gestion

- Gestion financière : soumettre tous les établissements aux mêmes règles de subvention, d'exploitation et d'investissement, ces subventions étant proportionnelles aux actions d'intérêt général.
- Reprise d'activités : faciliter la reprise des activités d'un établissement par un autre, quelle que soit l'appartenance sectorielle de chacun, sur le seul critère de la qualité du nouveau projet.

(Changement de type législatif)

Proposition 4 : Systématiser les conventions entre établissements privés non lucratifs et CHU en matière d'enseignement et de formation

- Rendre systématiques les conventions prévues à l'article R 715-6-12 du code de la santé publique entre établissements privés non lucratifs et CHU en matière d'enseignement et de formation.
- Encourager les établissements privés PSPH à s'impliquer dans une mission d'enseignement et de formation. Autoriser cette option aux établissements privés à but non lucratifs.

(Changement de type réglementaire)

Proposition 5 : Ouvrir plus largement l'accès aux programmes de recherche pour les établissements autres que les CHU et les CLCC

- Mettre en place des indicateurs de découverte et de publication qui doivent seuls conditionner les subventions financières au titre de la recherche.

(Changement de type réglementaire)

▪ **Favoriser les changements de statut sur une base de volontariat:**

Il s'agit ici de donner la possibilité aux établissements qui le souhaitent de repartir sur une nouvelle dynamique, moyennant un changement de statut, soit pour passer d'une catégorie à une autre, soit pour modifier leur fonctionnement sans changer de catégorie.

Proposition 6 : Promouvoir de nouvelles formes et formules d'organisation

- Permettre aux établissements PNL de conserver leur statut d'association à but non lucratif tout en leur reconnaissant le droit à la conduite d'une activité économique.
- Permettre aux établissements publics :
 - a) d'être gérés sur un mode de gouvernance privé ;
 - b) de créer de nouvelles activités sous statut PNL ;
 - c) de devenir sur leur demande des établissements privés à but non lucratif.
- Favoriser l'octroi du statut privé aux groupements de coopérations sanitaire (GCS) dans le cas de coopération public-privé.
- Favoriser le développement de sociétés coopératives, en étendant le statut d'association-entreprise, (d'origine de droit local en Alsace-Moselle), à tout le territoire.
- Donner à des établissements commerciaux la possibilité d'adopter un statut non lucratif et de se transformer en association.
- Examiner la création de « sociétés mixtes en santé » où acteurs privés et publics peuvent disposer de la majorité du capital.

(Changement de type législatif)

Seule exception au volontariat qui sous-tend nos autres propositions :

Proposition 7 : Obliger un établissement public en situation d'échec financier ou de restructuration à changer de statut et à devenir un établissement privé à but non lucratif.

(Changement de type législatif)