

INSTITUT
MONTAIGNE



Hôpital Le modèle invisible

Denise SILBER

(avec Laurent Castra, Pascal Garel et Ahmad Risk)

NOTE JUIN 2005

L'Institut Montaigne est un laboratoire d'idées - *think tank* - indépendant créé fin 2000 par Claude Bébéar. Il est dépourvu de toute attache partisane et ses financements, exclusivement privés, sont très diversifiés, aucune contribution n'excédant 2,5 % du budget. Il réunit des chefs d'entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des représentants de la société civile issus des horizons et des expériences les plus variés. Il concentre ses travaux sur trois axes de recherche.

Cohésion sociale :

mobilité sociale, intégration des minorités, légitimité des élites...

Modernisation de la sphère publique :

réforme de l'État, éducation, système de santé...

Stratégie économique et industrielle de la France :

spécialisation, compétitivité, régulation...

Grâce à ses chercheurs associés et à ses groupes de travail, l'Institut Montaigne élabore des propositions concrètes de long terme sur les grands enjeux auxquels nos sociétés sont confrontées. Ces recommandations résultent d'une méthode d'analyse et de recherche rigoureuse et critique. Elles font ensuite l'objet d'un lobbying actif auprès des décideurs publics.

À travers ses publications et ses conférences, l'Institut Montaigne, *think tank* pionnier en France, souhaite jouer pleinement son rôle d'acteur du débat démocratique.

L'Institut Montaigne s'assure de la validité scientifique et de la qualité éditoriale des travaux qu'il publie, mais les opinions et jugements qui y sont formulés sont exclusivement ceux de leurs auteurs. Ils ne sauraient être imputés ni à l'Institut, ni, a fortiori, à ses organes directeurs.

*Il n'est désir plus naturel
que le désir de connaissance*

INSTITUT
MONTAIGNE



LES AUTEURS

Denise Silber, citoyenne américaine, MBA Harvard, vit à Paris et dirige Basil Strategies, société de conseil en santé et nouvelles technologies en Europe et aux États-Unis. Elle est l'auteur de « Case for eHealth », publication de la Commission européenne, et membre du board de la revue « Medicine on the Net ».

Avec la collaboration de :

Laurent Castra, économiste, responsable du secteur hospitalier de la FEHAP (Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif) et Maître de conférences associé à l'Université de Lille II. Nous le remercions tout particulièrement pour sa contribution concernant notamment l'Alsace.

Pascal Garel, spécialiste en organisation des systèmes de santé et en droit européen, est Secrétaire général de HOPE (Comité permanent des hôpitaux de l'Union européenne) à Bruxelles et responsable du pôle européen et international de la Fédération des hôpitaux français.

Ahmad Risk, britannique, est médecin, informaticien et rédacteur médical. Il est co-fondateur de la société « Good Doctor » qui fournit des indicateurs de qualité d'établissements et de professionnels de santé. Conseil du NHS, il est également directeur de Cross Medical, spécialistes de la digitisation de dossiers patients.

Les auteurs écrivent en leur nom propre. Leurs propos ne sauraient engager les organisations auxquelles ils appartiennent.

Hôpital

Le modèle invisible

par Denise SILBER

avec Laurent Castra, Pascal Garel et Ahmad Risk

NOTE - JUIN 2005

SOMMAIRE

Introduction	7
Partie I : Les hôpitaux privés à but non lucratif (PNL) : la topographie française	11
Chapitre I : Les PNL : très présents au palmarès des hôpitaux et cliniques	12
Chapitre II : Les établissements PNL : diversité des origines, variété des profils	15
Chapitre III : Les hôpitaux PNL : une mission de service public identique à celle de l'hôpital public	20
Chapitre IV : Les hôpitaux PNL : 15 % des lits, soit le plus petit des trois secteurs hospitaliers en France... sauf en Alsace.....	22
Partie II : Panorama international et tendances	25
Chapitre I : La convergence de la problématique des systèmes de soins dans les pays développés.....	26
Chapitre II : Des systèmes en transition : rôle croissant de l'initiative « public-privé »	27
Chapitre III : Le statut du personnel devient partout privé	29
Chapitre IV : Au Pays-Bas : quasi-monopole de l'hôpital privé à but non lucratif (86 %) et gratuité des services partout	30
Chapitre V : Aux États-Unis : le pôle dominant (60 %) est le privé non lucratif, et les études valident ce choix.....	31
Chapitre VI : L'Allemagne aux prises avec la privatisation des hôpitaux	36
Chapitre VII : La Grande-Bretagne obligée de revoir son système	37

Partie III : Zoom sur la France	41
Chapitre I : Les caractéristiques du secteur PNL.....	42
Chapitre II : Le contexte réglementaire du secteur PNL	49
Partie IV : Propositions pour la France	57
Chapitre I : Rendre visible le secteur PNL.....	60
Chapitre II : Établir une égalité de traitement pour les trois secteurs hospitaliers.....	61
Chapitre III : Favoriser les changements de statut sur une base de volontariat	64
Conclusion	67
Annexes	69

GLOSSAIRE DES ACRONYMES UTILISÉS

ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Haute autorité de santé)
CHU	Centre hospitalier universitaire
COTH	Council of Teaching Hospitals
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ENSP	École nationale de santé publique
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et assistance privée d'établissements d'hospitalisation
FHF	Fédération hospitalière de France
FNCLCC	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
HMO	Health Maintenance Organization
ISA	Indice synthétique d'activité
KC	Cotation d'un acte chirurgical
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
ONDAM	Objectif national de dépenses de l'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
PMCT	Poids moyen du cas traité
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNL	Privé à but non lucratif
PPS	Prospective Payment System
PSPH	Participant au service public hospitalier
T2A	Tarifcation à l'activité
UGECAM	Union de gestion des établissements des caisses d'assurance maladie

INTRODUCTION

En français courant, quand on dit « hôpital », on pense immédiatement à un établissement *public* ; et si l'on parle d'un établissement *privé*, alors on fait implicitement référence à une clinique qui génère des profits. En fait, cette vision binaire est erronée, car il y a bel et bien trois « modèles » d'organisation hospitalière en France. Le troisième modèle est l'hôpital **privé à but non lucratif (PNL)**, historiquement la première forme d'organisation hospitalière. Il est présent dans de très nombreux pays, voire en première position dans certains, mais quasi invisible en France.

Pourtant, ces trois formes d'organisation doivent coexister et travailler ensemble, si l'on veut favoriser une dynamique qui sera profitable à tous les citoyens. Cela ne sera pas possible tant que le secteur privé à but non lucratif ne sera pas identifié, reconnu et soutenu.

Paradoxalement, bien des établissements très réputés en France sont justement des établissements privés à but non lucratif : la Fondation Rothschild et l'Institut Mutualiste Montsouris en région parisienne, la Clinique de Traumatologie à Nancy, la Clinique du Diaconat à Strasbourg, l'Institut Arnault Tzanck à St-Laurent du Var, la Maison de Santé Protestante à Bagatelle-Bordeaux... pour ne rappeler que quelques-uns de ceux qui sont régulièrement cités dans les palmarès. Mais les établissements privés à but non lucratif ne représentent aujourd'hui que 15 % de la capacité en lits à l'échelon national français. Notons qu'en France, l'Alsace fait figure d'exception, puisque les établissements PNL comptent 69 des 121 établissements de soins dans cette région. Et le cas de l'Alsace ouvre des perspectives intéressantes en termes d'organisation associative, car le statut d'association à but non lucratif permet dans cette région des activités plus larges que celui de l'association « 1901 ».

Et à l'étranger, qu'en est-il ? Aux Pays-Bas, les établissements privés à but non lucratif représentent 86 % des établissements ; ils sont environ 60 % aux États-Unis (dont la célèbre Mayo Clinic et la quasi-totalité des centres hospitalo-universitaires), 40 % en Allemagne et destinés à croître en prenant le relais du public, et seulement 2 % en Grande-Bretagne.

Quelles leçons peut-on tirer de ces brèves constatations ? Tous les systèmes de santé des pays développés ont à définir de nouvelles approches pour faire face au double défi du vieillissement de la population et de l'arrivée de nouvelles technologies médicales coûteuses et évolutives. Mais, il n'y a pas de travaux de recherche systématiques concernant l'efficacité des différents modèles d'établissement hospitalier, même si des études de grandes séries de données, notamment

américaines, existent dans quelques domaines précis. Pour le présent travail, nous avons procédé, dans plusieurs pays européens ainsi qu'aux États-Unis, à la consultation de très nombreuses publications et à la rencontre d'experts. Cette étude a mis en lumière l'état d'effervescence dans lequel se trouvent un peu partout les hôpitaux, au sein de systèmes de soins eux-mêmes en pleine mutation. Le seul point commun général est l'aspect « hybride » des approches mises en œuvre, qui font appel, le plus souvent, à des initiatives mixtes « publiques-privées ». Il nous est apparu aussi que, lorsque les trois formes d'hôpitaux existent dans un même pays, les établissements PNL soutiennent avec avantage la comparaison, d'un côté avec les hôpitaux publics, en termes de rapport qualité-coût, et, de l'autre côté, avec le secteur privé lucratif quant à leur contribution au service public de soins.

En France, un relatif silence entoure le secteur privé à but non lucratif. Il n'est pas identifié comme catégorie spécifique dans les statistiques publiques ; il n'est donc pas cité dans les textes officiels. La situation financière de ces établissements est au surplus fragilisée, depuis vingt ans, par les contraintes législatives et réglementaires issues de réformes successives dont aucune ne prend en compte leur spécificité.

La dernière réforme en date, la nouvelle tarification à l'activité (T2A), très souhaitable comme outil d'alignement de la performance et du financement en milieu hospitalier, pourrait paradoxalement avoir un impact négatif supplémentaire sur le secteur PNL si elle n'était pas mise en œuvre de façon équitable et complète. Au total, l'hôpital privé à but non lucratif apparaît comme peu connu et très peu soutenu, alors qu'il se révèle comme un élément important du paysage hospitalier en réussissant à concilier « l'inconciliable » : souplesse et innovation, mission de service public et absence d'actionnariat.

Il apparaît donc utile, non seulement de bien distinguer la catégorie « établissement privé à but non lucratif », mais même de faire de ce modèle, qui associe gestion privée et service public, le pivot d'une réflexion de fond sur l'ensemble du système hospitalier. Au terme de notre analyse, nous serons amenés à recommander trois catégories d'action : une première ambitionnant tout simplement de donner de la visibilité aux établissements PNL, une seconde visant à établir des conditions équitables d'exercice entre les trois catégories hospitalières, une dernière recommandant, pour chaque établissement, quelle que soit sa catégorie, une large marge d'initiative dans son organisation et sa gestion, notamment celle de son personnel médical et paramédical.

On aura compris que, selon nous, l'avenir des établissements de soins en France passe par une dynamique à trois, axée sur le renforcement du secteur privé à but non lucratif, et par l'adoption de ses méthodes de gestion éprouvées dans un nombre croissant d'établissements.

PARTIE I

LES HÔPITAUX PRIVÉS
À BUT NON LUCRATIF (PNL) :
LA TOPOGRAPHIE FRANÇAISE

Hôpitaux PNL

Une catégorie méconnue, des établissements reconnus

Chacun d'entre nous connaît en fait des établissements privés à but non lucratif sans forcément le savoir. Il n'y a en effet pas moins de 868 établissements de ce type en France, soit 28 % des 3 000 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. Mais le statut « privé non lucratif » qu'ils ont en partage est très rarement indiqué.

Nous avons cité, à titre d'exemple et de façon non limitative, les noms de quelques-uns d'entre eux dans l'introduction. Voici leurs principales caractéristiques.

CHAPITRE I

LES PNL : TRÈS PRÉSENTS AU PALMARÈS DES HÔPITAUX ET CLINIQUES

L'hebdomadaire *Le Point* dresse chaque année deux classements par spécialité des meilleures offres de soins, l'un qui porte sur les hôpitaux et l'autre sur les cliniques. Des établissements à but non lucratif figurent dans les deux listes, sans que leur statut d'établissement PNL soit précisé.

Même si le lecteur du *Point* a pu penser que le palmarès « hôpitaux » s'entend « public », alors que le palmarès « cliniques » s'entend « privé », ceci n'est pas exact¹. Le palmarès *Le Point* « hôpital » a évalué 25 spécialités médicales au sein de plus de 700 établissements retenus. Huit services d'hôpitaux privés à but non lucratif occupent la tête du classement de leur spécialité, parmi eux l'Institut Mutualiste Montsouris est classé premier à trois reprises.

¹ La différenciation des termes respectifs « hôpital » et « clinique » est essentiellement historique, la désignation ne préjugeant plus ni de la taille ni de la nature des services proposés.

Établissements occupant la première place dans la spécialité

d'après « *Hôpitaux, le palmarès 2004* », du journal *Le Point*

Spécialité	Établissement	Statut
Estomac/œsophage	Institut Mutualiste Montsouris	Privé non lucratif
Chirurgie colo-rectale	Institut Mutualiste Montsouris	Privé non lucratif
Hernie et vésicule	CHU de Montpellier	Public
Foie-pancréas	Hôpital Paul Brousse	Public
Chirurgie de l'obésité	Hôpital Européen G. Pompidou	Public
Thyroïde	CH Lyon Sud	Public
Prothèses articulaires	Hôpital de la Croix-Saint-Simon	Privé non lucratif
Traumatologie du genou	CHU de Caen	Public
Chirurgie de la main	CHU de Nancy	Public
Chirurgie du pied	CHU de Montpellier	Public
Chirurgie de l'épaule	Clinique de traumatologie de Nancy	Privé non lucratif
Hernie discale	Maison de santé Bagatelle	Privé non lucratif
Maladies infectieuses et tropicales	CHU de Toulouse	Public
Rétine	CHU de Nancy	Public
Cataracte	Fondation Rothschild	Privé non lucratif
Cancer de la prostate	Institut Mutualiste Montsouris	Privé non lucratif
Adénome de la prostate	Hôpital Cochin	Public
Incontinence urinaire	Hôpital Pitié-Salpêtrière	Public
Chirurgie gynécologique	Hôpital Antoine Béchère	Public
Chirurgie du poumon	Hôtel Dieu Paris	Public
Pneumologie	CHU de Montpellier	Public
Accidents vasculaires cérébraux	Hôpital Pitié-Salpêtrière	Public
Artères	CHU de Strasbourg	Public
Varices	Hôpital Sainte-Blandine	Privé non lucratif
Stimulateur cardiaque	CHU de Bordeaux	Public

Le palmarès des cliniques, publié en décembre 2004 par *Le Point*, a passé au crible plus de 800 cliniques dans 16 spécialités. Alors qu'il n'existe en France qu'une quinzaine de cliniques MCO de statut associatif, deux d'entre elles, la Clinique du Diaconat et la Clinique Sainte-Odile, situées l'une et l'autre en Alsace, figurent dans le « Tableau d'honneur des 50 meilleures cliniques de France ».

La clinique du Diaconat est classée six fois. La Clinique Sainte-Odile, mais aussi l'Institut Arnault Tzanck à St-Laurent-du-Var, l'Infirmierie Protestante de Lyon, la Clinique Saint-Sauveur de Mulhouse sont classées plus d'une fois.

Pour l'adénome de la prostate, trois des 50 meilleures cliniques sont à but non lucratif : l'Infirmierie Protestante, l'Institut Arnault Tzanck et la Clinique des Bains (établissement mutualiste, Grenoble).

CHAPITRE II

LES ÉTABLISSEMENTS PNL : DIVERSITÉ DES ORIGINES, VARIÉTÉ DES PROFILS

Les établissements privés à but non lucratif ont des origines diverses, ce qui contribue à une réelle richesse dans leurs activités dont témoignent les encadrés ci-après. L'Institut mutualiste Montsouris est mutualiste comme son nom l'indique ; le Groupe hospitalier de Lille est d'origine confessionnelle ; le Centre chirurgical Marie Lannelongue est le fruit d'un don de la part d'une famille d'industriels, l'Institut Arnault Tzanck a été créé par un médecin. Tous jouent un rôle de premier plan dans la vie hospitalière de leur région respective.

Institut mutualiste Montsouris

Notoriété internationale dans le traitement du cancer de la prostate

- La gestion de ce PSPH, réunion du Centre médico-chirurgical de la Porte de Choisy, créé en 1963, et de l'Hôpital international de l'Université de Paris (HIUP), est assurée par la Mutualité fonction publique (MFP) depuis 1991
- 400 lits. Emploie l'équivalent de 1 122 personnes à plein temps, dont 926 directement au contact des patients, et 196 représentent les autres métiers opérationnels
- Son plateau technique est constitué de : 12 salles d'opération au bloc central, 3 salles de chirurgie ambulatoire et 2 salles techniques, 16 lits de réanimation polyvalente, 18 lits de réanimation cardiaque, laboratoires, scanners, IRM
- Ses premières : lithotrypsies extracorporelles ultrasoniques pour calculs (1984) ; cancer de la prostate : traitements par ultrasons focalisés (1995) ; prostatectomies laparoscopiques (1998) ; chirurgie valvulaire cardiaque robotique par laparoscopie

Source : Guy Vallancien

- Expérience pilote d'accréditation menée avec les Canadiens pour développer une démarche d'amélioration continue de la qualité
- Gestion : pas de dépassement des honoraires. Mise en œuvre depuis plusieurs années d'une contractualisation interne pionnière en France

Source : Guy Vallancien

Centre chirurgical Marie Lannelongue (CCML) Pionnier dans les chirurgies de pointe

- PSPH ; 204 lits (dont 40 en réanimation) accueillant 6 000 patients par an ; 100 médecins et 370 soignants pour un effectif total de 800 salariés
- 3 000 interventions chirurgicales/an (dont près de 20 transplantations) – 1 200 CEC (circulation extra-corporelle) ; 3 salles de cathétérisme réalisant 4 200 actes/an
- Premier centre de greffe cœur-poumon (114 greffes pulmonaires et 116 greffes cœur-poumon effectuées depuis le début de l'activité). Le taux de survie actuariel des greffés « cœur-poumon » est de 51 % à « Marie-Lannelongue » contre 29 % au plan national
- Premier centre de chirurgie cardiaque infantile de France, réalisant un tiers des interventions chez des enfants de moins d'un an
- 97 % des endartériectomies de l'artère pulmonaire en France
- 30 % des traitements des cardiopathies congénitales
- Premier centre dans la chirurgie des tumeurs complexes du poumon – incluant le médiastin – (4^e centre français en nombre d'entrées pour le cancer du poumon).
- Premier modèle en France d'un scanner « 64 coupes simultanées » – septembre 2004
- L'un des trois premiers centres de chirurgie thoracique de France

- Enseignement :
 - Coopération public-privé d'enseignement et de recherche en partenariat avec le secteur public et la faculté de Paris-Sud
 - La reconnaissance universitaire permet la nomination (et l'affectation) de professeurs d'université – praticiens hospitaliers dans le cadre d'une convention avec le CHU et l'Université, ainsi que l'accueil d'une dizaine d'internes par an dont six « *fellows* » français et américains
- Recherche :
 - un laboratoire de chirurgie expérimentale ; une unité mixte de recherche en collaboration avec l'INSERM et le CNRS ;
 - trois chirurgiens membres de l'*American Association for Thoracic Surgery* ; une douzaine de doctorants et une dizaine de post-doctorants, dans le cadre de contrats internationaux (Europe et États-Unis)
 - Constitution de la première banque européenne de cellules thymiques

Source : *Patrick Hontebeyrie*

Groupe hospitalier de Lille **Le seul ensemble hospitalo-universitaire privé en France**

Avec sa Faculté libre de médecine et son Groupe hospitalier de 800 lits, l'Université catholique de Lille dispose du seul ensemble hospitalo-universitaire privé à but non lucratif en France, constitué à la fin du XIX^e siècle. Les hôpitaux de l'Institut catholique, clinique privée associative, assurent la formation clinique des étudiants en médecine de la Faculté libre.

Composé de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul et de l'Hôpital Saint-Philibert, le Groupe hospitalier participe au service public hospitalier. Avec ses 1 800 professionnels (équivalent plein-temps) et son budget de 135 millions d'euros, il assure annuellement la prise en charge de 44 000 patients hospitalisés, de 120 000 consultations externes et de 65 000 urgences.

Le Groupe hospitalier est partenaire de nombreux réseaux de soins.

La Faculté libre de médecine, qui accueille 650 étudiants par an (avec un *numerus clausus* de 67 étudiants), propose un troisième cycle de médecine générale et contribue à la formation des médecins spécialistes.

Intégrés à l'Université catholique de Lille, (6 facultés, 20 écoles et instituts, 16 000 étudiants), le Groupe hospitalier et la Faculté libre de médecine développent une politique de recherche et d'innovation dans la santé, associant des écoles de formation paramédicale, un centre d'éthique médicale et un centre de recherche en économie de la santé.

Source : François Grateau

Institut Arnault Tzanck (IAT)
Clinique associative de type loi 1901 – St-Laurent-du-Var
Diversité et spécialisation réunies

IAT représente : 394 lits ; 58 places d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire ; 15 places de chimiothérapie ambulatoire ; 30 postes d'hémodialyse en centre (dont 2 d'entraînement hors centre) ; 37 postes de dialyse hors centre (autodialyse et dialyse à domicile) ; 100 lits de soins de suite ; 124 lits de maison de retraite ; 30 places d'hospitalisation à domicile ; 520 places de soins infirmiers à domicile².

Les activités sociales comprennent 6 services de soins à domicile pour personnes âgées (490 places couvrant 97 communes), un service de 30 places de soins infirmiers à domicile réservées aux patients atteints du SIDA, au suivi de l'observance des trithérapies, de l'algologie et des soins palliatifs, un service d'hospitalisation à domicile de 30 places, deux maisons de retraite conventionnées avec l'Aide sociale.

² Sur le site de Mougins sont implantés *la Clinique médicale Plein Ciel, la Clinique chirurgicale l'Espérance, le centre de convalescence et de soins de suite Saint-Basile, la Résidence retraite des « 3S », une unité d'autodialyse, un centre de consultations pluridisciplinaire, un centre de radiologie et sénologie, un centre de kinésithérapie et balnéothérapie, un centre de cancérologie (radiothérapie-chimiothérapie) et un centre de médecine nucléaire.*

Coopération interhospitalière sans création de personne morale

- Un accord d'association au Service public hospitalier a été signé avec le CHU de Nice pour la chirurgie cardiaque, permettant à IAT de recevoir les malades des Alpes-Maritimes et des départements limitrophes relevant de cette pathologie et de pérenniser l'enseignement universitaire de cette discipline dans le département.
- 20 conventions de coopérations moyen séjour (conventions de relais urgences, psychiatrie, pédiatrie), complémentarités.
- IAT a créé un INTERCLIN et un INTERCLUD regroupant 12 établissements et dont les présidents sont des chefs de service du CHU de Nice, attachés à IAT.

Coopération interhospitalière avec création de deux associations loi 1901

- L'Institut azuréen de formation qui, dans le cadre de la décentralisation de la formation et des fonds européens, assure le financement de la formation d'agents hôteliers, d'IDE et d'aides-soignantes.
- Le réseau de soins pour la prise en charge des cancers de la prostate par chimiothérapie.
- Quatre GIE qui assurent la gestion et l'exploitation d'équipements avec des médecins radiologues libéraux (103 médecins) et des partenaires hospitaliers publics et privés.

Source : Patrick Gaillet

CHAPITRE III

LES HÔPITAUX PNL : UNE MISSION DE SERVICE PUBLIC IDENTIQUE À CELLE DE L'HÔPITAL PUBLIC

Si tout hôpital public fait évidemment partie du service public hospitalier, dans le secteur privé, seuls des établissements à but non lucratif peuvent prétendre obtenir le statut de PSPH, « participant au service public hospitalier ». C'est le cas de 538 des 868 établissements privés non lucratifs. Selon le Code de la santé publique, les établissements PSPH sont astreints à des obligations d'accès aux soins identiques à celles des hôpitaux publics.

Deux autres formes de participation au service public existent pour les hôpitaux et cliniques privées : la concession de service public³ et l'association au service public⁴.

Mission de service public des PSPH : les obligations

- Garantissent l'égal accès de tous aux soins
- Sont ouverts à toutes les personnes dont l'état le requiert
- Assurent un accueil de jour et de nuit, éventuellement en urgence
- Dispensent des soins préventifs, curatifs ou palliatifs
- Veillent à la continuité des soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur séjour tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement
- Orientent les patients ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation

³ La concession de service public est octroyée pour la réalisation de certaines missions de service public et pour un temps limité.

⁴ L'association au service public concerne notamment la coordination de soins, l'utilisation partagée de certains équipements, la formation en commun des personnels.

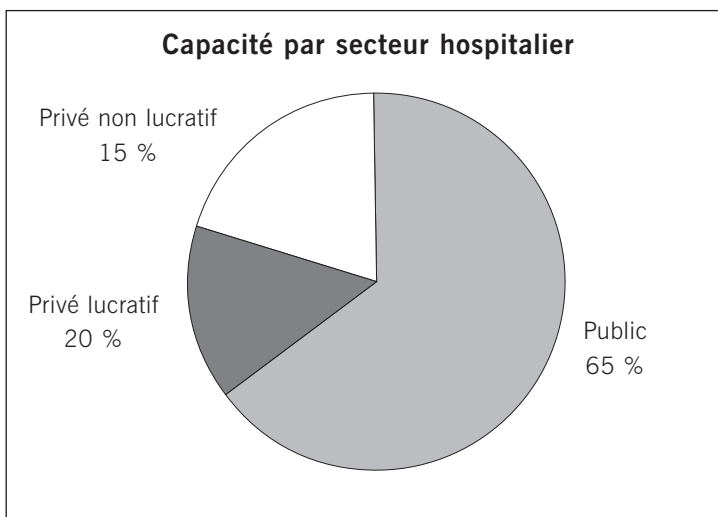
- Ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et modalités prévues par la loi
- Peuvent comporter une ou des unités de type SAMU
- Mettent en place des permanences d'accès aux soins adaptées aux personnes en situation de précarité
- Concluent avec l'État des conventions prévoyant la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement aux personnes en situation de précarité.

CHAPITRE IV

LES HÔPITAUX PNL : 15 % DES LITS, SOIT LE PLUS PETIT DES TROIS SECTEURS HOSPITALIERS EN FRANCE... SAUF EN ALSACE

Les trois acteurs du système de soins hospitaliers français ne pèsent pas le même poids. S'agissant des capacités d'accueil, l'hôpital public concentre 65 % des places contre respectivement 20 % au secteur lucratif et 15 % au secteur privé non lucratif, selon les statistiques les plus récentes du Ministère de Santé⁵.

En nombre d'établissements, l'effectif le plus élevé est celui des 1 136 établissements privés lucratifs ou « cliniques », ce qui est une exception par rapport aux autres pays européens et même plus largement à l'échelon international. Viennent ensuite les 1 008 établissements couramment appelés « hôpitaux publics » et enfin les 868 hôpitaux privés non lucratifs, dont une petite centaine de cliniques supportées par une association.



⁵ Voir annexe 1 « Statistique annuelle des établissements (SAE).

« l'hôpital public concentre 65 % des places contre respectivement 20 % au secteur lucratif et 15 % au secteur privé non lucratif »

L'Alsace, pour des raisons historiques et réglementaires, représente une exception très importante par rapport à la moyenne nationale. L'Alsace est la seule région de France où le statut « associatif » constitue le modèle pour le privé. Issue du droit civil allemand pour lequel la société est une forme d'association, l'association 1908 de droit

local peut poursuivre un objectif économique (lucratif), politique ou culturel. C'est ainsi que :

- L'importance relative des établissements alsaciens est inversée par rapport à la moyenne nationale. Figurent en premier les hôpitaux privés à but non lucratif (69/121). Ils sont suivis du secteur public (43/121) et le secteur privé lucratif (9/121) apparaît en dernier. En termes de lits, l'ordre reste atypique mais le public passe en tête avec 65 % des lits, contre 25 % dans les établissements privés à but non lucratif et 8 % dans le privé lucratif.
- Neuf établissements alsaciens sur dix répondent aux obligations que nous avons vues plus haut en matière de « participation au service public ».
- Deux cliniques alsaciennes privées à but non lucratif font partie du tableau d'honneur 2004 du *Point*⁶.

L'Alsace apparaît donc comme un modèle à part, fondé à la fois sur la notion de service public et d'initiative privée, grâce en large partie à la souplesse des statuts (voir annexe 1 pour un historique plus complet).

Le lecteur connaît désormais un peu mieux le modèle des hôpitaux privés à but non lucratif. Mais comment s'insèrent-ils dans le dispositif hospitalier ? Quels sont les bons modèles d'organisation et de statuts ? Quel serait le bon équilibre entre les trois secteurs – privé, public, privé à but non lucratif ? C'est la question à 47 milliards d'euros, soit le budget de l'hôpital en France...

Le panorama international peut-il nous apporter des éléments de réponse ?

⁶ La Clinique du Diaconat et la Clinique Sainte-Odile.

PARTIE II
PANORAMA INTERNATIONAL
ET TENDANCES

CHAPITRE I

LA CONVERGENCE DE LA PROBLÉMATIQUE DES SYSTÈMES DE SOINS DANS LES PAYS DÉVELOPPÉS

Quel que soit le sujet, la difficulté d'une analyse internationale comparative est légendaire. Quelle est la validité de la comparaison ? Quelle est la pertinence d'un exemple étranger ? On pourrait déclarer, paraphrasant Alphonse Allais, que tout serait parfait si seulement les exemples étrangers étaient français.

Toujours est-il que le double challenge induit par le vieillissement des populations et l'émergence permanente de nouvelles technologies médicales coûteuses existe partout et rend le *statu quo* organisationnel de moins en moins logique⁷.

Malheureusement, les responsables des systèmes sont presque partout à la recherche de la quadrature du cercle : une solution nouvelle qui s'intègre parfaitement au contexte social et politique, qui améliore la qualité, et qui fasse des économies ! Voyons donc comment font les autres.

⁷ Cette idée maintenant admise est décrite dans *Europe des hôpitaux : diversité et convergences*, Gérard Vincent et Pascal Garel, RAE LEA, 2003-2004/2.

CHAPITRE II

DES SYSTÈMES EN TRANSITION : RÔLE CROISSANT DE L'INITIATIVE « PUBLIC-PRIVÉ »

Il existe près de 10 000 hôpitaux de soins aigus dans l'Europe des Quinze. On y distinguait historiquement deux « camps » se définissant par la nature du système de Sécurité sociale : les pays « bévériégiens » et les pays « bismarckiens »⁸. Mais cette distinction s'estompe et l'hôpital privé à but non lucratif représente près de la moitié des établissements européens, bien qu'à des degrés variables d'un pays à l'autre.

Mis à part le Cuba de Castro qui augmente l'espérance de vie à coup de dirigisme stalinien depuis quarante ans, la tendance actuelle est à l'expérimentation et à l'ouverture vers des solutions hybrides et notamment des initiatives « public-privé ».

Le graphique⁹ ci-après compare les parts respectives des trois catégories d'établissements dans huit pays¹⁰.

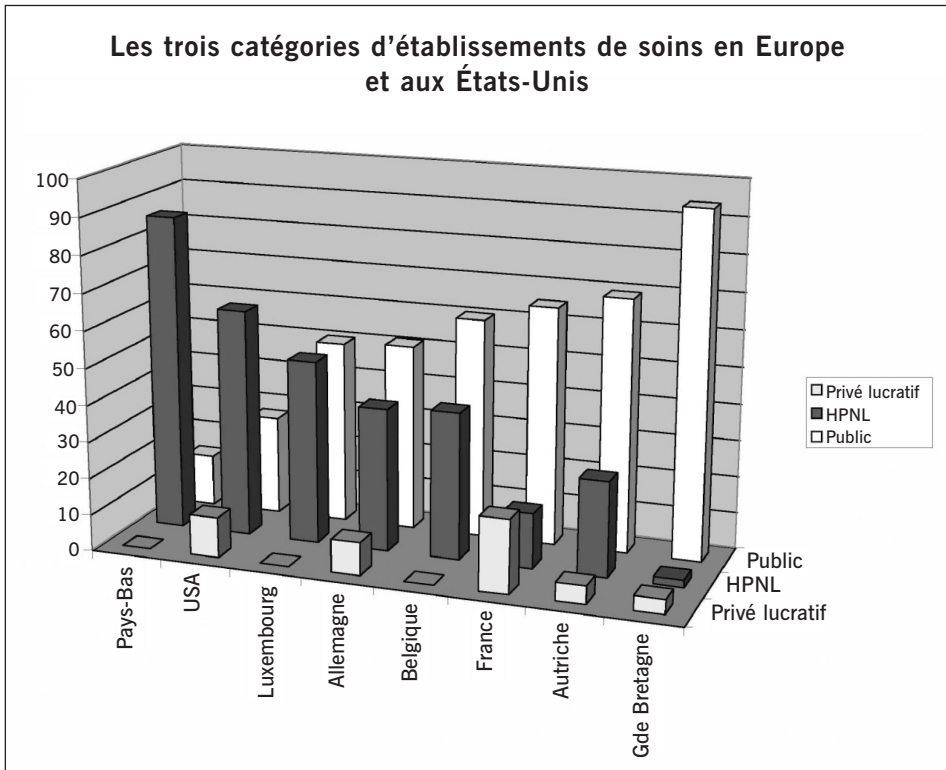
Outre la diversité des profils, on note que :

- Si tous les pays ont un secteur public, ils ont aussi tous un secteur privé à but non lucratif, et les deux semblent complémentaires, puisque les courbes de leurs effectifs se croisent.
- Seuls cinq des huit pays ont un secteur privé lucratif et la France en est le leader, dépassant les États-Unis !
- Le secteur public est dominant en Grande-Bretagne et le privé non lucratif aux Pays-Bas.

⁸ Lord Beveridge (1879-1963), le père du « *modern welfare state* », a proposé un système financé par l'impôt et caractérisé par une prédominance du statut public y compris dans le secteur hospitalier. Les systèmes « bismarckiens » étaient caractérisés par une assurance financée par des cotisations. Les pays « bévériégiens » étaient la Grande-Bretagne, l'Irlande et les pays scandinaves. Les pays bismarckiens étaient la France, le Benelux, et l'Allemagne, où l'hôpital était notamment privé.

⁹ D'après les données de Dr Reinhard Busse, European Observatory of Health Care Systems.

¹⁰ L'Espagne et l'Italie ayant régionalisé leurs systèmes de soins, il est hasardeux de faire référence à des chiffres nationaux.



CHAPITRE III

LE STATUT DU PERSONNEL DEVIENT PARTOUT PRIVÉ

La « privatisation » du statut du personnel hospitalier fait partie des tendances lourdes.

- En Italie, 85 % des agents des administrations publiques se trouvent, depuis plus de dix ans, sous un régime de droit privé.
- En Allemagne, c'est également le cas des agents autres que ceux participant à « l'exercice de la puissance publique ».
- En Grande-Bretagne, les agents des collectivités locales relèvent du droit commun du travail.
- En France, le personnel des hôpitaux publics relève bien sûr d'un statut de fonction publique hospitalière, mais le personnel de l'assurance maladie est salarié de droit privé.

Examinons quelques pays où le dossier « public-privé » peut enrichir notre réflexion : les Pays-Bas, les États-Unis, l'Allemagne, et le Royaume-Uni.

CHAPITRE IV

AUX PAYS-BAS : QUASI-MONOPOLE DE L'HÔPITAL PRIVÉ À BUT NON LUCRATIF (86 %) ET GRATUITÉ DES SERVICES PARTOUT

Aux Pays-Bas, le privé lucratif est interdit depuis plus de trente ans. Pourtant les services médicaux sont très développés dans le cadre du « privé », mais il s'agit d'un secteur privé non lucratif. Le secteur privé non lucratif représente 86 % du total, à l'exclusion de quelques centres hospitalo-universitaires.

« Aux Pays-Bas, le privé lucratif est interdit depuis plus de trente ans. »

Il y a partout gratuité des soins hospitaliers et un libre choix complet est accordé aux patients parmi les hôpitaux et les institutions agréées par le Ministère de la Santé.

Une double mise en concurrence est à l'œuvre : celle des assureurs (privés ou publics) par les patients, et celle des prestataires de soins par les assureurs qui deviennent des acheteurs de soins.

Les médecins hospitaliers sont en majorité des médecins libéraux, rémunérés par des honoraires à l'acte.

Les Pays-Bas, le plus avancé des pays européens au niveau des réformes récentes, ont donc opté pour le privé non lucratif alliant ainsi gestion privée et service public.

CHAPITRE V

AUX ÉTAT-UNIS : LE PÔLE DOMINANT (60 %) EST LE PRIVÉ NON LUCRATIF, ET LES ÉTUDES VALIDENT CE CHOIX

Attardons-nous un peu plus sur les États-Unis pour une seule raison : c'est de tous les pays à trois secteurs hospitaliers, celui qui bénéficie du plus de données comparatives à grande échelle.

Notons tout d'abord que huit des dix lauréats du palmarès annuel américain sont des établissements PNL

Lorsque Bill Clinton a eu à subir un pontage d'urgence, il n'a pas choisi l'hôpital militaire Walter Reed (équivalent du Val de Grâce), mais un hôpital PNL, dans sa ville adoptive de New-York¹¹.

Cet établissement new-yorkais est d'ailleurs n° 9 de la liste ci-après où figure le plus célèbre des établissements américains, la Mayo Clinic, établissement PNL également.

Les centres hospitalo-universitaires américains de pointe sont très majoritairement des établissements privés à but non lucratif. Le secteur est numériquement stable depuis une chute importante du nombre de lits aux États-Unis dans les années 1980-90. Les établissements PNL sont soit des fondations soit des associations et leur aspect « non lucratif » contribue à la très bonne image de marque dont ils bénéficient aux États-Unis : car le citoyen américain est tout aussi soucieux de la relation entre argent et santé que ses cousins européens.

¹¹ Bill Clinton a subi son intervention au New York Presbyterian, pôle de chirurgie thoracique réputé. Voir Annexe 6.

Le Top Ten des hôpitaux américains en 2004 (US News & World Report)

Rang	Nom	Statut
1	Johns Hopkins Hospital, Baltimore, MD	Privé à but non lucratif
2	Mayo Clinic, Rochester, MN	Privé à but non lucratif
3	Massachusetts General Hospital, Boston, MA	Privé à but non lucratif
4	Cleveland Clinic, Cleveland, OH	Privé à but non lucratif
5	UCLA Medical Center, Los Angeles, CA	Public
6	Duke University Medical Center, Durham, NC	Privé à but non lucratif
6	University of California, San Francisco Medical Center	Privé à but non lucratif
8	Barnes-Jewish Hospital, St-Louis, MO	Privé à but non lucratif
9	New York-Presbyterian Hospital, NY	Privé à but non lucratif
9	University of Washington Medical Center, Seattle, WA	Public

Le rôle de l'hôpital public français, et notamment des CHU, est donc en quelque sorte tenu aux États-Unis par les hôpitaux à but non lucratif, qui traitent une proportion importante des patients graves et assurent la majorité des charges d'enseignement.

Notons que, depuis 2003, aux États-Unis, il y a interdiction de créer des hôpitaux spécialisés privés (à but lucratif). Cette interdiction procède de la volonté d'interdire la sélection des patients par l'argent. L'interdiction est venue à échéance le 8 juin 2005, et le débat sur la suite à lui donner est féroce.

Les hôpitaux PNL américains : une mission de service public fiscalement encouragée

Une mission importante des hôpitaux PNL aux États-Unis étant de soigner les démunis et de faire de l'enseignement, le secteur PNL américain est dispensé d'impôts sur le revenu et sur la propriété foncière. Ces avantages « financent » des activités qu'un établissement à but lucratif ne pourrait probablement pas assumer.

- 82 % des centres de traitement du SIDA aux États-Unis font partie des établissements à but non lucratif contre 8 % des établissements à but lucratif.
- 87 % des facultés de médecine américaines sont adossées à des hôpitaux privés à but non lucratif.
- 6 % seulement des hôpitaux américains font partie du Council of Teaching Hospitals (COTH) et sont majoritairement des établissements PNL ; ils bénéficient de ratios d'infirmiers spécialisés plus élevés par lit que les autres hôpitaux.

Établissements PNL aux États-Unis : rapport qualité/coût supérieur à celui des établissements à but lucratif

Trois enquêtes confirment les qualités des hôpitaux PNL tant sur le plan clinique qu'en termes d'accès aux soins. Une première étude porte sur le traitement de l'infarctus du myocarde dans 48 États américains pendant dix ans ; l'enquête conclut à l'augmentation du taux de complications lors de la conversion des établissements privés non lucratifs en établissement privé à but lucratif. Deux autres articles, du Canadien Devereaux (2002, 2004), portent sur les taux de mortalité dans les centres d'hémodialyse (500 000 patients), ainsi que des prix pratiqués (350 000 patients). L'auteur conclut qu'il y a eu non seulement des prix plus élevés, mais aussi 2 500 décès prématurés supplémentaires dans les centres à but lucratif.

Vingt ans de difficultés financières pour les hôpitaux PNL américains !

Les bons résultats des hôpitaux PNL américains ne leur ont malheureusement pas épargné les difficultés financières, liées notamment à la standardisation des durées des séjours et des tarifs.

Tout comme en Europe, les progrès technologiques ont permis une diminution de la durée et du nombre de séjours hospitaliers aux États-Unis¹². Le nombre d'hôpitaux américains indépendants a diminué de 14 %, passant de 6 102 établissements en 1980 à 5 258 en 1995¹³. Et la diminution des séjours à l'hôpital s'y est intensifiée sous l'influence de la tarification à l'activité¹⁴ dans les années 1980.

L'État et les sociétés d'assurance prenant désormais en charge les remboursements de soins sur la base de tarifs identiques, il convenait pour les hôpitaux d'approcher le même niveau de coût. **Or, les cas lourds n'étaient pas suffisamment remboursés par les tarifs.** Les établissements PNL devaient donc assumer la difficile obligation d'assurer un service public et de générer plus de revenus que de dépenses, puisqu'ils n'ont pas droit au déficit.

¹² Le nombre de journées hospitalières a chuté de 35 % entre 1980 et 1995. Le nombre de lits par mille habitants est passé de 4,5 à son maximum en 1980 à 2,9 en 2000 (Shi, Singh p. 289).

¹³ La France a deux fois plus d'établissements relativement à sa population, et le nombre de lits est encore de quatre pour mille habitants.

¹⁴ Le principe de la tarification à l'activité a été introduite aux États-Unis en 1983 ; c'est la pratique de tarifs identiques, définis par pathologie. Ce concept (T2A) vient d'être lancé en France en 2005.

5 % d'entre eux se sont donc convertis en établissements à but lucratif¹⁵ afin de réduire les coûts et d'accéder aux marchés de capitaux pour acquérir de nouveaux équipements.

Cette conversion s'est accompagnée d'un inconvénient majeur en termes de santé publique : le nombre de personnes accédant aux soins a diminué à chaque fois qu'un établissement sanitaire est passé du statut non lucratif au statut lucratif¹⁶,

Le cercle vicieux de l'absence de soutien du secteur PNL aux États-Unis

- De nombreux hôpitaux privés à but non lucratif sont situés dans des régions à forte densité de personnes âgées « assurées » par Medicare, c'est-à-dire mal remboursées.
- Les équipements n'étant pas toujours renouvelés à temps par manque d'investissements, les coûts de fonctionnement sont plus élevés.
- Ces hôpitaux offrent une grande variété de soins, avec pour effet une diminution du taux global d'occupation des services.
- Les collectivités locales, ne percevant pas l'apport de ces établissements, menacent de leur retirer le statut d'exonération fiscale.

Les hôpitaux PNL aux États-Unis : recommandés pour éviter un système de santé à deux vitesses

Selon les observateurs américains, c'est précisément l'hôpital privé à but non lucratif qui permet au système hospitalier américain d'éviter de se segmenter en un système à deux vitesses : des hôpitaux privés pour les riches et les hôpitaux de l'État pour tous les autres.

Horwitz¹⁷ nous éclaire d'un point de vue juridique : « *les hôpitaux privés à but non lucratif subviennent systématiquement aux besoins de l'individu privé comme de la collectivité et d'une manière que seule cette forme d'organisation juridique autorise.* »

¹⁵ Cutler.

¹⁶ Alors qu'il ne diminue pas lorsqu'un hôpital public ou à but lucratif change de statut pour devenir établissement à but non lucratif (Shen).

¹⁷ Horwitz Jill, *Why we need the independent sector: the behavior, law, and ethics of not-for profit hospitals*, University of Michigan Research Paper N° 35, Public Law and Legal Theory John M. Olin Center for Law and Economics Research Paper N° 04-003, 2004.

Dans une société où l'abondance et l'exclusion se côtoient, c'est là une particularité précieuse.

Malheureusement, il n'est pas exclu, aux États-Unis, que certains des hôpitaux privés à but non lucratif perdent leurs avantages fiscaux sous la pression financière de l'état. Affaire à suivre.

CHAPITRE VI

L'ALLEMAGNE AUX PRISES AVEC LA PRIVATISATION DES HÔPITAUX

Le système de santé allemand, l'un des plus chers d'Europe¹⁸, recherche une économie de 23 milliards d'euros à moyen terme ce qui l'amène, entre autres, à fermer des établissements et des lits du secteur public au sein d'une réforme majeure et controversée.

« Le secteur privé à but non lucratif passe en tête en Allemagne »

Cette réforme, qui a lieu une dizaine d'années après celle des Pays-Bas, modifie significativement le paysage hospitalier, sans aller toutefois aussi loin qu'aux Pays-Bas. Le secteur privé à but non lucratif passe en tête en Allemagne,

mais le secteur privé lucratif n'est pas exclu et est même renforcé. C'est le secteur public qui est réduit considérablement et est destiné à passer en troisième position¹⁹.

Les autorités publiques espèrent ainsi diminuer la lourdeur des procédures, instaurer des conventions plus souples que les statuts des fonctionnaires, spécialiser des hôpitaux et accéder aux capitaux privés. Un grand nombre d'hôpitaux publics envisagent des alliances stratégiques et l'externalisation de services dans le cadre de sociétés de type public/privé.

¹⁸ 10,7 % du PNB en Allemagne pour les dépenses de santé contre 9,5 % en France et 7,7 % en Grande-Bretagne en 2002.

¹⁹ En 2003, treize hôpitaux publics allemands (7 100 lits) ont été vendus à des chaînes d'hôpitaux privées. Depuis janvier 2004, la tarification à l'activité a été rendue obligatoire et, comme en France, en prenant une période de plusieurs années pour arriver à 100 %.

CHAPITRE VII

LA GRANDE-BRETAGNE OBLIGÉE DE REVOIR SON SYSTÈME

Quel Français ignore la saga des célèbres files d'attente du NHS, le système de santé britannique ? Les délais d'attente des interventions chirurgicales sont tels que les patients viennent parfois se faire soigner en France, avec l'agrément de l'administration anglaise. Pour améliorer la situation, le gouvernement de Tony Blair a signé fin 2000 un « Concordat » avec l'IHA (Independent Healthcare Association) afin que les patients du NHS puissent bénéficier localement de soins dispensés dans le secteur privé. De nouveaux centres de diagnostic et traitement ont commencé à voir le jour.

Le gouvernement britannique a également décidé de rendre progressivement au secteur privé certains des hôpitaux nationalisés en 1948, en leur accordant le statut de fondation. On trouve en fait deux grands groupes d'établissements PNL en Angleterre, BUPA²⁰ et Nuffield avec respectivement 34 et 41 hôpitaux, plus huit établissements d'origine confessionnelle. Ils fonctionnent sur un mode de gestion privée, avec deux restrictions : l'absence d'actionnaires et un taux d'imposition allégé, comme dans le modèle américain. Cet ensemble privé non lucratif pèse environ 40 % du privé en nombre d'interventions. Mais il faut rappeler que le privé représente seulement 6 % et que les établissements PNL britanniques n'ont pas un prestige égal à celui des centres américains évoqués plus haut.

Au fur et à mesure que le NHS réduit les listes d'attente des interventions clés, le recours au privé diminue. Des observateurs locaux pensent que le secteur privé à but non lucratif, tout en développant ses capacités, va probablement s'orienter vers les maisons de soins de long séjour, plus « politiquement correctes » que celles du privé lucratif dans un pays où la santé est essentiellement affaire publique.

Au lendemain des récentes élections britanniques, le 14 mai 2005, la nouvelle ministre de la Santé nommée par Tony Blair, Patricia Hewitt, a fait la une de l'ensemble des journaux en annonçant ce qui a été perçu comme la plus grande série

²⁰ BUPA a récemment annoncé son intention de vendre 10 de ses 34 établissements et de réinvestir les fonds dans l'expansion des 24 sites restants.

de nouveautés, depuis la création de la NHS. Le rôle des hôpitaux privés, en particulier à but non lucratif, s'y trouve renforcé :

- expansion du rôle de la chirurgie générale (et non pas spécialisée),
- achat de 1,7 million (soit 8 %) d'interventions chirurgicales facultatives au secteur privé,
- conversion de 300 hôpitaux NHS en fondations (privées à but non lucratif),
- droit des patients de choisir leur hôpital,
- paiement transmis directement par le NHS à l'hôpital,
- mise en œuvre du plus gros programme informatique (non militaire) du monde

Cette évolution est d'autant plus spectaculaire que le secteur privé anglais n'a pas connu les effets bénéfiques de la concurrence et n'a pas une aura de grande qualité. Lorsque les patients font appel au privé en Angleterre, c'est en fait par manque d'alternative ! Les professionnels de santé du secteur public sont gérés sous droit privé, mais le secteur privé reste marginal et, de l'avis même des Britanniques, personne ne sait comment les choses vont évoluer.

*

* *

Ces exemples étrangers nous ont permis de constater :

- Que les Pays-Bas, suite à une réforme précoce, bénéficient d'un système presque entièrement privé à but non lucratif qui fonctionne en tandem avec un secteur public universitaire réduit, en l'absence complète de secteur lucratif.
- Qu'aux États-Unis, le pôle privé non lucratif domine par la qualité de ses centres ; toutefois ces établissements doivent constamment démontrer qu'ils méritent la déduction fiscale dont ils bénéficient, ce qui crée une stimulation permanente vers un service public renforcé.
- Qu'en Allemagne, une réforme majeure et douloureuse fait, entre autres, évoluer le paysage hospitalier : le secteur privé à but non lucratif passe en tête et le public réduit considérablement sa capacité et le nombre d'établissements pour laisser la place à l'initiative privée.
- Qu'au Royaume-Uni, la conversion du NHS se fait également dans la douleur : ce secteur bénéficiait d'un monopole avec la rigidité que permet toujours le monopole. Le gouvernement britannique semble avoir attendu trop longtemps la mise en œuvre de réformes importantes, ce qui l'oblige maintenant à entreprendre trop de chantiers en même temps.

Comment lire la situation française à la lumière de ces éléments ?

On peut dire que la France a la chance de bénéficier déjà d'un système à trois acteurs, public, privé et privé à but non lucratif. D'abord parce que chacun répond à certaines attentes. Ensuite parce qu'il serait difficile de créer par décret et *ex nihilo* l'un des trois secteurs. En revanche, le privé à but non lucratif demeure peu connu. Sachant qu'il peut jouer un rôle très intéressant dans l'équilibre de l'offre des soins, comme le montre nos exemples étrangers, il serait souhaitable de le faire émerger en tant que secteur bien individualisé. Sur quelles bases procéder ?

PARTIE III
ZOOM SUR LA FRANCE

Nous l'avons dit, les établissements PNL souffrent en premier lieu, en France, d'un déficit de notoriété collective. Ils mériteraient pourtant une bonne image au vu de leurs caractéristiques intrinsèques. On peut en retenir six principales.

CHAPITRE I

LES CARACTÉRISTIQUES DU SECTEUR PNL

1. Le secteur PNL : des hôpitaux prenant en charge des cas plus lourds que le secteur privé lucratif et aussi lourds qu'à l'hôpital public

L'idée est répandue en France, et ailleurs, que les cas les plus lourds ou les plus complexes sont abandonnés à la seule responsabilité de l'hôpital public. Qu'en est-il en réalité ? Un indicateur technique constitue une bonne réponse à cette

« Les hôpitaux PNL ont en France une activité tout à fait comparable à celle du secteur public en matière de prise en charge de malades lourds. »

question : c'est le « poids moyen du cas traité », ou PMCT, qui permet d'évaluer la « lourdeur » des cas pris en charge par l'établissement. Selon cet « indicateur de gravité », les hôpitaux PNL ont en France une activité tout à fait comparable à celle du secteur public en matière de prise en charge de malades lourds.

Dans les annexes du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005, il est ainsi indiqué que le poids moyen du cas traité par l'établissement PNL varie entre 105 et 110, très proche de celui des CHU (113) et nettement supérieur aux autres hôpitaux publics (92).

« Poids moyen du cas traité » (PMCT)

*Comparaison (base 100) entre hôpitaux publics et hôpitaux privés non lucratifs
(Source : annexes au projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2005)*

Public	100
Dont CHRU	113,3
Dont CH (Centres hospitaliers)	91,5
Privés non lucratifs	
CLCC (Centres de lutte contre le cancer)	110,2
Autres	105,2

2. Établissements PNL : une « productivité » meilleure que celle du CH public. L'exemple de la chirurgie

Les établissements PNL tirent également très bien leur épingle du jeu sur le critère de la nature et du nombre des actes chirurgicaux (KC) pratiqués. Ils réalisent en effet des interventions plus lourdes que les centres hospitaliers publics et, à effectif infirmier constant, produisent plus d'actes que le secteur public. Les hôpitaux PNL font de leurs salles d'opération un meilleur usage que les hôpitaux publics.

Productivités comparées en chirurgie

(Source : SAE 2000)

	CHU	CH	PNL	Clinique privée
Nb de salles d'intervention	1 635	2 204	574	4 170
KC/intervention	116	86	107	90
KC/capacité	3 803	3 345	4 135	7 906
KC/effectif infirmier bloc	17 197	16 206	22 375	49 157

Le ratio de KC par intervention mesure l'importance relative d'une intervention chirurgicale. Plus le ratio est élevé, plus le cas est lourd et risqué.

Le ratio KC/capacité représente la productivité des services de chirurgie. Plus l'indicateur « KC » est élevé, plus les capacités sont utilisées.

KC/effectif infirmier bloc représente la productivité de l'effectif infirmier.

3. Le secteur PNL : meilleur ratio qualité/prix

L'étude nationale de coûts, réalisée par un organisme public, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, confirme les bons résultats économiques du privé non lucratif. Cette étude calcule et valorise des « points ISA » ou indice synthétique d'activité, indicateurs représentatifs du coût des hôpitaux.

« L'étude nationale de coûts confirme les bons résultats économiques du privé non lucratif. »

Dans une note sur le secteur hospitalier destinée au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et reprenant des données publiées par ailleurs²¹ figurent les éléments réunis dans le tableau suivant qui montrent que la valeur moyenne du « point ISA » (après redressement

du poids des charges sociales) est inférieure dans les hôpitaux PNL à celle constatée dans les hôpitaux publics, toutes catégories confondues.

Hôpitaux publics et hôpitaux privés non lucratifs
Comparaison des coûts – valeurs du point « ISA » 2002
(Calcul réalisé sur les données de coûts relatives à
578 hôpitaux publics et privés non lucratifs)

Catégorie	Valeur du point ISA* 2002 (en euros) Après redressement ²²
Hôpitaux publics	
Centres hospitaliers	2,079
CHRU	2,2246
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)	2,528
Hôpitaux locaux	2,114
Hôpitaux privés non lucratifs	
CLCC	1,87488
EBNL**	2,03019

* Point ISA (indice synthétique d'activité) : unité d'œuvre représentative des consommations de ressources liées aux différentes activités des établissements de santé.

** ENBL : ensemble des hôpitaux privés non lucratifs autres que les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

²¹ Elles sont publiées dans l'annexe B2 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004.

²² Le Haut comité n'avait pas tenu compte du différentiel de charges entre secteurs public et privé. Un redressement doit donc être opéré pour pouvoir étudier les coûts « toutes choses étant égales par ailleurs ».

D'autre part, le patient traité dans un établissement PNL bénéficie d'une médecine de qualité pour laquelle il n'a pas à payer de dépassement d'honoraires, ni même, le plus souvent, d'honoraires particuliers alors que, paradoxalement, les patients de l'hôpital public peuvent se voir proposer une consultation « privée ».

4. Les établissements PNL : très impliqués dans l'hospitalisation à domicile et la prise en charge de la dialyse

La place occupée par le secteur privé non lucratif dans les soins à domicile et la prise en charge des maladies chroniques est significative de sa participation au service public. « L'hôpital hors les murs », s'il dépasse la stricte obligation de service public, démontre la capacité du secteur PNL à répondre aux attentes de patients désireux de conserver un environnement familial.

Secteur	Hospitalisation à domicile	Unités d'autodialyse	Traitements de dialyse à domicile
Public	24,3 %	6 %	19 %
Privé non lucratif	74 %	76 %	78 %
Privé lucratif	1,7 %	18 %	3 %

5. Hôpitaux PNL : des accréditations plus flatteuses que dans le secteur public pour une activité comparable

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à l'hôpital visant à favoriser la progression de la qualité des soins au sein des établissements publics et privés. Cette évaluation ne porte pas encore sur le service médical rendu, mais sur les droits du patient, l'organisation de la prise en charge, la gestion des systèmes, la sécurité transfusionnelle, la prévention et le contrôle du risque infectieux.

Processus d'accréditation

Conduite sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) de 1996 à 2004 puis de la Haute autorité de santé depuis janvier 2005, cette procédure donne lieu à des appréciations formulées selon quatre niveaux allant du moins bon au meilleur :

- « *avec réserves majeures* » : l'établissement doit mettre en place des améliorations qui seront vérifiées lors d'une visite de contrôle ciblée ;
- « *avec réserves* » : l'établissement doit produire un rapport de suivi dans un délai déterminé ;
- « *avec recommandations* » : l'établissement doit prendre des mesures qui seront contrôlées lors de la visite d'accréditation suivante (dans un délai théorique de 5 ans) ;
- « *sans recommandation* » : l'établissement peut poursuivre ses pratiques sans réserve.

Les meilleurs résultats de ce contrôle de qualité sont obtenus par le secteur dit privé (dont certaines cliniques associatives, comptabilisées dans le même ensemble). Plus de 82 % des établissements privés sont accrédités sans réserve contre seulement 61 % des établissements publics.

Quant à la composante hospitalière « non lucrative » (établissements privés participant au service public hospitalier et centres de lutte contre le cancer), elle occupe une situation intermédiaire : 76 % d'hôpitaux privés non lucratifs sont accrédités sans réserve contre 61 % des hôpitaux publics²³.

6. Le secteur PNL : des hôpitaux favorisant la prise de responsabilité

Nombre des difficultés de l'hôpital public (à l'échelon international comme en France) proviennent d'un modèle de gestion rigide, et en particulier de gestion des personnels. Comment obtenir des progrès quand on ne peut ni récompenser les comportements louables, ni sanctionner ceux qui sont condamnables ? Comme nous l'a dit un directeur d'hôpital (sous réserve d'anonymat) : « l'immortel paralyse »...

²³ Voir l'annexe 3.

La Fédération hospitalière de France (FHF) a écrit en 2001 dans *L'avenir de l'hospitalisation publique au service des Français* :

« Comment obtenir des progrès quand on ne peut ni récompenser les comportements louables, ni sanctionner ceux qui sont condamnables ? »

« Un train de mesures permettant de gérer plus sagement l'organisation interne des hôpitaux (suppression des services), la gestion des personnels (recrutements, gestion de carrière, mobilité, intéressement) et la gestion financière (placements, gestion des carrières, mobilité) est à proposer dès à présent. »

Dominique Coudreau, rapporteur du groupe de réflexion

« Hôpital » pour l'Institut Montaigne, cite la Fédération Hospitalière de France (FHF), trois ans plus tard dans *L'hôpital réinventé* :

« L'assouplissement des règles de gestion est une nécessité. Il passe par une réforme du statut de l'hôpital public donnant plus d'autonomie aux établissements mais aussi plus de responsabilités. »

Or, ce modèle de gouvernance plus autonome et souple existe dans le cadre des établissements PNL de type « association loi de 1901 ».

- Le conseil d'administration dispose d'un véritable pouvoir de décision et le directeur général d'une vraie délégation.
- L'association d'une mission de service public à un mode de gestion privé favorise, dans les établissements privés à but non lucratif, une dynamique de recherche et d'enseignement, de même la possibilité de créer des coopérations « privé-public ».

Écoutons deux directeurs d'établissements privés à but non lucratif :

« La concurrence entre offreurs des soins est bénéfique pour le patient et source d'émulation pour les gestionnaires, explique le directeur général du CCML, Patrick Hontebeyrie. Le CCML a été déficitaire et n'a pu renouer avec l'équilibre financier en 2004 qu'au prix d'une réduction de 20 % de ses effectifs, allant de pair avec une forte augmentation de sa productivité, + 10 % d'activité, alors que la durée de

séjour y était déjà de 15 % inférieure à la moyenne nationale pour des pathologies comparables. »

Le Professeur Guy Vallancien, de l'Institut Mutualiste Montsouris :

« L'hôpital privé à but non lucratif représente un double intérêt : le droit privé nous donne de la flexibilité. Nous pouvons recruter et licencier comme une entreprise efficiente se doit de le faire ; nous ne subissons pas le carcan de la comptabilité du secteur public dont les procédures ralentissent les acquisitions d'équipement et engendrent des coûts supplémentaires. D'autre part, nous sommes « à but non lucratif » ; notre objectif n'est pas de gagner de l'argent pour en gagner, mais pour faire tourner la structure. Nos chirurgiens sont salariés ; il n'y a pas d'honoraires libres.

L'avenir est au contrat privé comportant intéressement aux résultats et pour l'individu et pour l'organisation collectivement. »

*

* *

Examinons maintenant le contexte réglementaire du secteur PNL. A-t-il contribué aux bons résultats que nous venons d'énumérer ? Ce serait plutôt le contraire...

CHAPITRE II

LE CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE DU SECTEUR PNL

1. Établissements PNL : des charges sociales plus élevées que celles de l'hôpital public

Hôpitaux publics et privés (que ces derniers soient d'ailleurs à but lucratif ou non) ne bénéficient pas d'un traitement identique face aux obligations légales et réglementaires en matière de cotisations sociales.

« Le poids des charges sociales est plus élevé pour les hôpitaux de statut privé. »

Selon la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au Ministère de la Santé (DHOS), « 100 euros de salaire net perçu par un employé représentent un coût salarial total pour l'employeur de 193,60 euros dans le secteur privé lucratif et non lucratif contre seulement 174,39 euros dans le secteur public. »

Le poids des charges sociales est en effet plus élevé pour les hôpitaux de statut privé, alors que les règles de la fonction publique aboutissent à des prélèvements sociaux moindres. Ce différentiel de charges sociales pénalise le secteur privé de près de 11 % de la masse salariale, à salaire net égal²⁴.

Les dépenses de personnel représentant 70 % environ du budget d'un établissement de médecine-chirurgie-obstétrique (et une part du budget plus importante encore pour les établissements de moyen séjour et de psychiatrie), un hôpital privé est pénalisé à hauteur de 7 % de son budget par rapport à un hôpital public comparable.

²⁴ Si l'on tient compte du fait que le secteur privé bénéficie à son tour d'un régime d'indemnités journalières plus favorable que le secteur public, le différentiel doit être ramené à un peu moins de 10 %.

Différentiel de charges sociales entre hôpitaux publics et hôpitaux privés

(Source : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)
– Ministère de la Santé et de la Protection Sociale)

	Secteur privé	Secteur public
Salaire brut	126,9	115,71
Salaire net	100	100
Coût salarial total	193,6	174,39

Cette situation n'est pas nouvelle. Dans un courrier rédigé en 1998, le Directeur des hôpitaux au Ministère de la Santé avait reconnu un différentiel de charges sociales de 5 % environ... et renvoyé sa prise en considération à une prochaine réforme. Elle n'a jamais eu lieu.

2. Les médecins des hôpitaux PNL n'ont pas droit à toute la diversité des rémunérations autorisées dans le secteur public

Les médecins des établissements PNL ont l'obligation d'être salariés et sans activité libérale, et cela se comprend aisément. Mais ce n'est pas le cas des médecins salariés du public, qui peuvent, eux, exercer sur place des activités libérales. Le revenu moyen des médecins du PNL est de ce fait plus faible que dans le secteur public, ce qui ne favorise pas le recrutement.

Effectifs médicaux exerçant dans les établissements de santé

(Source : DREES, Statistique annuelle des établissements)

Médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens	Établissements publics	Établissements privés sous dotation globale	Établissements privés sous OQN	Ensemble des établissements
Salariés	81 844	10 439	3 937	96 220
Libéraux	2 533	1 893	41 066	45 492
Total	84 377	12 332	45 003	141 712

3. Les établissements PNL sont tenus à produire un bilan non déficitaire

Les établissements privés à but non lucratif ne jouissent pas des mêmes facilités comptables et financières que leurs homologues du public ou du privé lucratif. Ainsi, ils n'ont pas droit au report de charges, ou déficits payés sur les crédits de l'exercice suivant.

Le report de charges cumulé depuis 1999 des hôpitaux publics est estimé par la Fédération hospitalière de France à 650 millions d'euros.

Par ailleurs, les établissements PNL, à la différence des cliniques privées à but lucratif, n'ont pas la possibilité de mobiliser des capitaux auprès d'investisseurs privés... puisqu'ils n'ont pas d'actionnaires et ne bénéficient pas de beaucoup de subventions.

Sur 127 opérations d'investissement de modernisation recensées en 2003 et ayant donné lieu à versement de subvention, 66 concernaient des établissements publics, 58 des cliniques privées, et 3 des établissements privés participant au service public hospitalier.²⁵

4. Une « passerelle à sens unique » favorisant la conversion des hôpitaux PNL vers un statut public

Nombre d'hôpitaux PNL ont récemment évolué vers un statut de type « public ». Ce phénomène est appelé à se développer en raison d'un certain nombre de dispositions concernant les personnels médicaux, infirmiers et administratifs, toutes favorables à ce mouvement.

Depuis 1999, les personnels de plusieurs dizaines d'établissements, cliniques, associations et fondations ont été « intégrés » à la fonction publique hospitalière, en vertu des dispositions d'un décret en date du 21 juillet 1999 modifié et complété le 8 novembre 2004. La réciproque n'est pas prévue.

5. Les établissements PNL sont « invisibles » sur le plan administratif

Les statistiques du secteur PNL ne sont pas identifiées comme telles. Chaque année, depuis la loi organique du 22 juillet 1996 relative au financement de la sécurité sociale, les députés et les sénateurs votent un Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). L'ONDAM 2004 avait été fixé à 129,7 milliards d'euros, dont 65,8 milliards d'euros pour les seuls « versements aux établissements » de métropole. Or les documents fournis aux parlementaires pour cet exercice ne permettent pas d'identifier les chiffres afférents aux différents secteurs, hôpital public, hôpital privé à but non lucratif, clinique privée.

²⁵ Source : « *La situation économique et financière des cliniques privées en 2002* » DREES, Études et résultats n° 326, juillet 2004.

(Source : annexes au PLFSS 2005)

Versements aux établissements (France métropolitaine)	Objectif 2004 (en milliards d'euros)
Établissements sanitaires	48
Médico-social	9,8
Cliniques privées	8
Ensemble	65,8

Dans ce tableau, la ligne « établissements sanitaires » comprend les hôpitaux publics et la majorité des hôpitaux PNL. La ligne « cliniques privées » les établissements privés lucratifs et non lucratifs. Quant au volet médico-social, les trois secteurs y sont indifférenciés.

Cette absence de visibilité est confirmée avec les comptes de la Sécurité sociale pour la présentation desquels les données ne sont pas officiellement affichées par secteur hospitalier.

6. Les hôpitaux PNL ne sont pas constitués en un secteur facilement identifiable

Les établissements privés à but non lucratif n'ont, historiquement, jamais été regroupés en un secteur clairement défini. Nous l'avons compris tout le long de cette analyse. Au quotidien, les établissements PNL dépendent de quatre conventions collectives, de deux régimes de financement, et ils se répartissent selon quatre formes d'organisation.

Quatre conventions collectives

Les quatre principales structures qui encadrent les établissements PNL apportent chacune une convention collective applicable aux personnels employés dans les établissements. Il s'agit de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (FEHAP), de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), de la Croix-Rouge française et des caisses d'assurance maladie (avec leurs 13 unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie).

Quatre sortes de statut et deux formes de financement

Les établissements PNL sont régis par quatre types principaux de statuts : les associations 1901, la loi de 1908, les fondations et les réalisations sanitaires et sociales mutualistes.

- Plus des trois quarts des hôpitaux PNL relèvent du statut d'association « loi du 1^{er} juillet 1901 » ; seulement un quart d'entre elles sont reconnues d'utilité publique.
- Près de 5 % sont des associations relevant du droit local alsacien-mosellan, « loi de 1908 ».
- 8 % sont des fondations (acte par lequel a été décidée une affectation irrévocable de biens à la réalisation d'une œuvre d'intérêt général et à but non lucratif).
- Près de 8 % ont un statut de « réalisation sanitaire et sociale », terme consacré par une ordonnance française de 2001 transposant des directives de Bruxelles et désignant un établissement mutualiste.

Enfin, bien que ceci soit appelé à disparaître sous l'effet de l'application de la tarification à l'activité, les établissements privés à but non lucratif étaient jusqu'ici soumis à deux formes de financement, les uns selon le prix de journée (l'OQN), les autres selon la dotation globale.

« Un autre danger potentiel pour les hôpitaux PNL : le risque, avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité, de se voir infliger une réforme non aboutie. »

Cette absence de regroupement des données des hôpitaux PNL, nuisible à leur prise en compte dans les politiques de santé, n'est certes nullement irréparable. Il s'agit même de quelque chose de très facile à changer.

Il existe **un autre danger potentiel** pour les hôpitaux privés à but non lucratif : c'est le risque, avec la mise en œuvre de la tarification à l'ac-

tivité, de se voir infliger une réforme non aboutie.

La tarification à l'activité (T2A), comme son ainé américain²⁶, est fondée sur l'idée que, à activité égale, les revenus doivent être égaux, quels que soient les coûts.

²⁶ Le principe de la T2A est inspiré du *prospective payment system* mis en place aux États-Unis en 1983. Ce système s'appuyait sur l'existence d'une classification des actes médicaux en groupes homogènes de pathologies. Ces groupes homogènes ont été adoptés en France sous le nom du PMSI sans que, jusqu'à la réforme en cours, le revenu de l'établissement ait été lié à cette classification.

L'objectif est évidemment de stimuler ainsi une baisse des coûts. Encore faudrait-il que tous les acteurs du système hospitalier français soient traités de la même façon !

Si l'on ne veut pas pénaliser unilatéralement les hôpitaux PNL, la T2A devra tenir compte du différentiel des coûts (en particulier de personnel) et sujétions des établissements PNL, de la possibilité qu'ont les hôpitaux publics de bénéficier de l'enveloppe globale et du droit au report de charges.

Dans le même esprit, si le financement du système hospitalier doit être fonction de son activité, il convient alors d'aligner la rétribution des médecins sur leur propre activité. Mais cela n'est réellement envisageable que dans le secteur libéral, alors que les hôpitaux PNL emploient à ce jour très peu de médecins libéraux.

Pour terminer cette analyse de la situation française, notons qu'entre 1992 et 2002, le secteur privé non lucratif a perdu près de 20 % de ses lits, alors que la baisse n'est que de 13 % dans les secteurs public et privé commercial.

Avec une chute de 34 % en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), la baisse des lits dans le secteur PNL est deux fois supérieure à celle des hôpitaux publics. Dans le secteur des soins de suite et de réadaptation, la baisse des établissements PNL est de 10 %, soit, là encore, le double de celle du secteur public, alors que le secteur privé lucratif, lui, a augmenté ses capacités de 15 % pendant la même période.

Si la chute devait se poursuivre à ce rythme, dans vingt ans, l'activité MCO du secteur privé non lucratif aurait disparu. Il ne suffit donc pas d'enrayer la baisse, compte tenu de ses vertus propres et de la nécessité d'avoir un hôpital équilibré entre les secteurs, c'est un nouvel élan qu'il faut donner aux hôpitaux privés à but non lucratif.

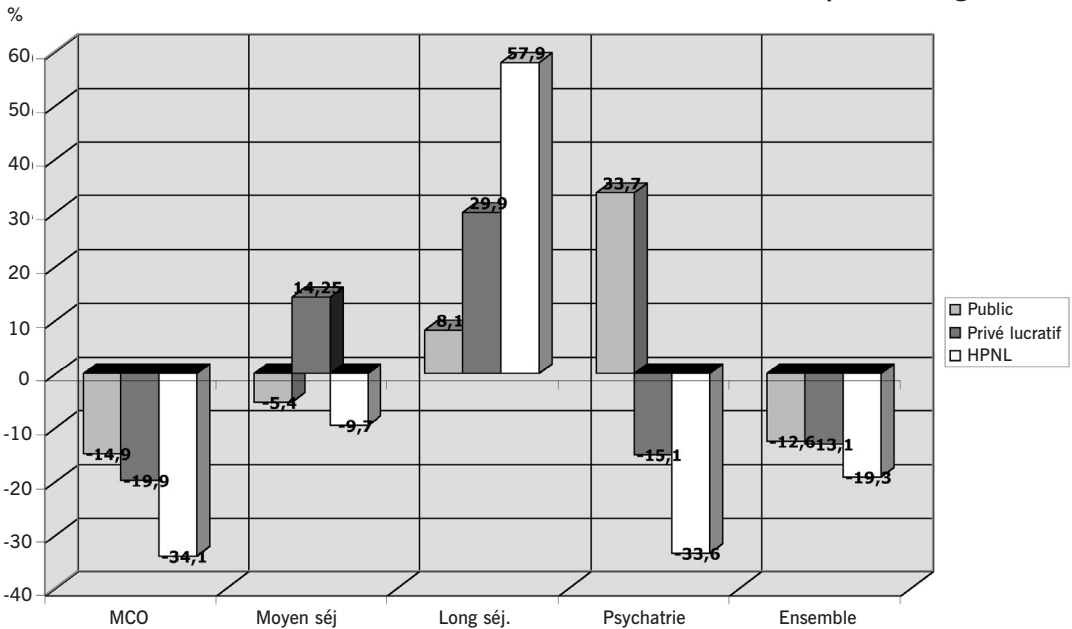
Nombre de lits d'hospitalisation complète

(Source : DREES, SAE 2004)

	Public		Privé lucratif		Privé non lucratif	
	2002	Évolution depuis 1992	2002	Évolution depuis 1992	2002	Évolution depuis 1992
Total	304 436	- 12,6 %	93 245	- 13,1 %	67 813	- 19,3 %
MCO	151 374	- 14,9 %	60 199	- 19,9 %	20 933	- 34,1 %
Moyen séjour	38 451	- 5,4 %	21 182	14,25 %	31 088	- 9,7 %
Long séjour*	73 780	8,1 %	847	29,9 %	6 846	57,9 %
Psychiatrie	40 831	- 33,7 %	11 017	- 15,1 %	8 946	- 33,6 %

* Même si les hôpitaux PNL ont gagné en lits long séjour, leur faible quantité est bien loin de compenser les pertes subies en MCO.

Variations du nombre de lits entre 1992 et 2002 (en pourcentage)



Pour conclure : encore une « exception française »...

Dans le paysage hospitalier européen, bien des traits distinguent le système français.

« Les hôpitaux privés à but non lucratif français, malgré leurs performances, représentent une part des soins hospitaliers plus faible qu'il y a dix ans. »

- Le secteur public, largement dominant en nombre de lits, bénéficie d'avantages comptables et fiscaux relativement aux autres secteurs. L'un des handicaps du secteur public français par rapport à ce qui se passe dans plusieurs grands pays européens, c'est le statut de son personnel relevant de la fonction publique et non pas du droit privé.

■ Les établissements privés en France sont majoritairement des cliniques à but lucratif, ce qui est unique en Europe et inconnu en Amérique du Nord.

■ Les hôpitaux privés à but non lucratif français, malgré leurs performances, représentent une part des soins hospitaliers plus faible qu'il y a dix ans. Œuvrant sous l'effet de contraintes réglementaires inadaptées, ces établissements risquent d'être encore un peu plus affaiblis financièrement, par une réforme utile en son principe : la T2A, si elle n'est pas accompagnée d'allègement d'autres charges qui leur sont spécifiques.

PARTIE IV
PROPOSITIONS
POUR LA FRANCE

Après ce tour d'horizon, nous retenons plusieurs enseignements :

- En Europe comme en Amérique du Nord, les budgets hospitaliers s'alourdissent sous le double effet du vieillissement de la population et de l'avènement de nouvelles technologies médicales.
- Tous les systèmes de soins sont en évolution souvent sous l'effet de réforme en cours ou à venir. Même s'il est impossible d'appliquer un modèle unique par delà les frontières nationales, il y a un dénominateur commun à ces évolutions : l'ouverture des systèmes vers des initiatives privées et mixtes.
- L'avantage reconnu du privé est la souplesse de sa gestion. L'intérêt de la variante « non lucrative » du privé (PNL) réside principalement dans sa capacité à concilier efficacité, coût et accès aux soins, grâce à l'objectif voire l'obligation de service public.
- Les établissements PNL sont le modèle dominant aux Pays-Bas, en Amérique du Nord et, depuis peu, en Allemagne.
- Aux États-Unis cependant, l'environnement réglementaire et notamment la standardisation des durées de séjour, accompagnée de l'introduction simultanée de la tarification à l'activité, a fragilisé les hôpitaux PNL au point de pousser certains d'entre eux à une conversion vers le secteur lucratif.
- La France n'a pas besoin de créer un secteur PNL de toutes pièces, puisqu'elle en a un déjà ; mais le dynamisme de ce secteur ne dépend pas seulement des qualités intrinsèques des établissements. L'environnement réglementaire et législatif est également crucial.
- L'environnement réglementaire français, justement, expose les établissements PNL à des handicaps et complique le recrutement de professionnels de santé dans ce secteur.
- Avec la baisse proportionnelle du nombre d'hôpitaux PNL et l'absence de mesures spécifiques à son égard, la France marche, sans le réaliser, dans le sens opposé à celui de l'histoire pour autant qu'on puisse en juger sur la base de ce qui se passe ailleurs.

Des propositions concrètes

Convaincus de la nécessité d'améliorer l'environnement qui entoure le secteur des hôpitaux PNL, nous avançons ci-après sept propositions destinées à répondre à trois objectifs :

- rendre visible le secteur privé à but non lucratif et mobiliser ainsi les énergies ;
- offrir à tous les établissements l'égalité des chances, c'est-à-dire la possibilité de concourir à armes égales ;
- créer de véritables passerelles de conversion, pour que tous les établissements aient la possibilité de faire évoluer leur statut.

Chacune des propositions est accompagnée d'une brève explication de ses motivations et de la liste d'actions à entreprendre.

CHAPITRE I

RENDRE VISIBLE LE SECTEUR PNL

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)

CHAPITRE II

ÉTABLIR 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 du volontariat pour les personnes en place, et à l'occasion de nouvelles embauches (voir Annexe)²⁷.*

²⁷ Voir annexe 7.

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 de charges sociales, à salaire égal entre les différentes catégories d'établissements.*

(Changements de type législatif)

Proposition 3 : Égaliser 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.*

(Changements 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 lucratif.*

(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)

CHAPITRE III

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 lucratif²⁸.
- Favoriser l'octroi du statut privé aux groupements de coopération sanitaire (GCS²⁹) 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)

²⁸ « L'hôpital réinventé » Institut Montaigne, janvier 2004.

²⁹ Selon d'ordonnance du 4 septembre 2003 portant réforme de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, le GCS est une forme privilégiée de coopération ; dans le cas d'une coopération « public-privé », le statut du GCS « peut » être privé et à but non lucratif. La transformation du « peut » en « doit » (modification de l'article L 6133-1 du Code de santé publique) constituerait une mesure de portée plus que symbolique.

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)

CONCLUSION

Les résultats obtenus en France, ailleurs en Europe et aux États-Unis, témoignent que la formule de l'hôpital privé à but non lucratif est viable et pourrait bien être actuellement le meilleur compromis technique, économique et managérial en matière d'organisation hospitalière. Capables de combiner productivité et mission de service public, les hôpitaux privés à but non lucratif ont montré qu'ils permettaient d'intégrer l'évolution des technologies, les impératifs de l'économie, et les mutations sociologiques.

En France, l'hôpital privé à but non lucratif est méconnu, son modèle invisible, et le secteur en régression. Son environnement réglementaire est peu favorable. Le décideur public doit en prendre conscience avant d'avoir à déplorer la disparition de ce troisième acteur du paysage hospitalier qui allie qualité des soins, accès des plus démunis à une médecine de qualité et absence de but lucratif.

En valorisant l'hôpital privé non lucratif par des mesures mieux raisonnées qui visent au total à une simple égalité de traitement avec les autres secteurs hospitaliers, on fera bénéficier l'ensemble du système de soins d'un souffle nouveau.

ANNEXES

Annexe 1

Répartition des établissements hospitaliers (France métropolitaine)

(Source : statistique annuelle des établissements (SAE) 2002
Ministère de la Santé et de la Protection sociale,
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Répartition des établissements hospitaliers et de leurs capacités (*) selon leur statut juridique

(Source : SAE 2002, PARHTAGE 2004)

Secteur	Nombre d'établissements France entière**	Nombre d'établissements Alsace***	Capacités totales France entière**	Capacités totales (lits et places) Alsace***
Public	1 008	43	334 421	14 783
	(33,5 %)	(36 %)	(65,4 %)	(69,5 %)
Privé non lucratif	868	69	77 106	5 630
	(28,8 %)	(57 %)	(14,6 %)	(26,5 %)
Privé lucratif	1 136	9	101 986	863
	(37,7 %)	(7 %)	(30,6 %)	(4 %)

* capacités en lits et places de court, moyen, long séjour et psychiatrie.

** SAE 2002.

*** PARHTAGE 2004.

Certes, l'hospitalisation publique représente près de 70 % de la capacité totale en Alsace. Pourtant, si l'on isole les quatre très grands établissements, le secteur public ne représente plus que 44 % des capacités totales de la région contre 48 % pour le secteur privé non lucratif.

En effet, avec respectivement 3 155, 2 709, 1 178 et 2 588 lits et places, la capacité des Centres hospitaliers de Mulhouse, Colmar, Rouffach et du CHU de Strasbourg se situe bien au-delà de la moyenne des autres établissements de la région. La taille moyenne des 117 établissements alsaciens restants est de 130 lits et places pour les établissements publics et de moins de 100 lits pour les établissements privés.

Annexe 2

Hôpitaux PNL en Alsace : un paradoxe historique

Comment expliquer l'importance du secteur PNL en Alsace ? Il y a bien sûr des raisons historiques. Si l'Alsace est connue depuis une centaine d'années pour ses initiatives mutualistes, dès le XIX^e siècle, la région participait aux initiatives privées de création d'institutions hospitalières, initiées partout en France par des industriels philanthropes.

L'œuvre de congrégations religieuses

En Alsace, ces initiatives étaient également l'œuvre de congrégations religieuses catholiques, juives et protestantes. En 1801, Napoléon Bonaparte, alors Premier consul, signe le Concordat avec Pie VII, introduisant un régime des cultes, étendu par la suite aux religions protestante et juive. Lorsque ce régime « concordataire » est aboli en France par la loi du 9 décembre 1905, relative à la séparation des Églises et de l'État, l'Alsace est allemande. Restituée à la France en 1919 par le traité de Versailles, l'Alsace conservera son régime concordataire. Celui-ci explique pour partie la forte présence du secteur non lucratif et celle d'institutions religieuses – catholiques, israélites et protestantes – dans cette région.

Paradoxalement, ce régime spécifique, où la notion de laïcité est moins restrictive que sur le reste du territoire français, s'accompagne d'une forte présence du secteur public.

Le secteur privé est avant tout non lucratif et « socialisé »

Intégrée à l'Empire allemand par le traité de Francfort en 1871, l'Alsace a bénéficié de la mise en place d'un régime d'assurance maladie dès 1883, d'un régime d'assurance contre les accidents du travail en 1884, puis d'un régime d'assurance invalidité-vieillesse en 1889. Intégré dans un Code des assurances sociales en 1911, cet ensemble de régimes a été maintenu au titre de dispositions transitoires, après le retour de l'Alsace-Lorraine dans le giron français. Seule la loi du 31 décembre 1991 a mis fin au caractère « transitoire » (*sic*) de ces dispositions.

Assurant à l'heure actuelle un remboursement des dépenses hospitalières à 100 %, alors que le régime général français rembourse une certaine partie à hauteur de seulement 80 %, le régime local alsacien-mosellan apparaît comme étant particulièrement « socialisé ».

Le statut associatif est un facteur clé de succès

L'Alsace est la seule région française où le statut « associatif » est le genre le plus répandu, constituant par ailleurs le modèle « privé ».

D'autres spécificités ont été maintenues en matière de droit local, tel le statut associatif « local » de 1908. Issue du droit civil allemand pour lequel la société est une forme d'association, l'association de droit local peut poursuivre un objectif économique, politique ou culturel. Cette association est un « outil » particulièrement souple et adaptable, puisque rien ne lui interdit de poursuivre un but intéressé voire lucratif.

Au total, l'Alsace apparaît bien comme une région modèle alliant service public et initiative privée. Elle propose un véritable « contre-modèle hospitalier français » fondé à la fois sur la notion de service public et d'initiative privée, grâce en partie à la souplesse exemplaire des statuts.

Annexe 3

Résultats de l'accréditation

(Source : comptes-rendus d'accréditation, ANAES, octobre 2004)

	Secteur public	Secteur privé non lucratif (PSPH + CLCC)	Secteur privé lucratif
Sans recommandation	19 (4 %)	25 (9 %)	104 (22 %)
Avec recommandation(s)	281 (57 %)	167 (67 %)	299 (64 %)
Avec réserve(s)	182 (37 %)	61 (24 %)	63 (13 %)
Avec réserve(s) majeure(s)	10 (2 %)	2 (1 %)	2 (0 %)
Total	492	255	468

Annexe 4

Conventions collectives des établissements privés à but non lucratif

- CCN 51 pour la FEHAP
- UCANSS pour les UGECAM
- FNCLCC
- Croix-Rouge

Acteurs(s) représentatif(s)

- 650 hôpitaux et cliniques adhérents
- 13 UGECAM ; 90 établissements
- 20 centres adhérents
- 25 établissements hospitaliers adhérents

Annexe 5

Hôpitaux PNL : deux régimes de financement en voie de convergence

Jusqu'à la mise en œuvre de la première phase de la réforme de la tarification à l'activité en 2004, les secteurs public et privé à but lucratif étaient soumis chacun à un régime de financement spécifique : la dotation globale (DG³⁰) pour les établissements publics, le prix de journée (OQN₃₁) pour les privés à but lucratif. Le secteur privé à but non lucratif comptait, lui, dans ses rangs des établissements assujettis à l'un ou à l'autre de ces régimes de financement :

- 773 hôpitaux financés par la dotation globale comme dans le secteur public,
- 95 cliniques associatives financées en « prix de journée » comme dans le privé à but lucratif.

Depuis la deuxième phase de la réforme de la tarification, entrée en vigueur le 1^{er} mars 2005, l'ensemble des établissements de MCO, qu'ils soient publics, privés à but non lucratif ou privés lucratifs relèvent en principe d'un même mode de tarification en France, fondé sur l'activité de l'établissement au niveau des différentes pathologies soignées.

Cette réforme va conduire tous les établissements à une convergence des régimes de financement en 2012, tant du point de vue des modalités de financement que du niveau des tarifs, mais la mise en œuvre s'effectue à deux rythmes, 100 % depuis le printemps 2005, pour les cliniques qu'elles soient commerciales ou non lucratives et à 25 % pour les hôpitaux qu'ils soient publics ou privés à but non lucratif.

³⁰ La dotation globale consistait en une enveloppe versée chaque mois à hauteur d'un douzième de son montant total annuel.

³¹ Le « prix de journée » correspondait à une modalité de financement où les prestations étaient facturées et financées au fur et à mesure de leur réalisation.

Annexe 6

NewYork-Presbyterian Hospital - Manhattan

Le système de soins NewYork-Presbyterian

- NewYork-Presbyterian résulte de la fusion de deux établissements hospitaliers historiques, The New York Hospital and The Presbyterian Hospital, fondés respectivement en 1771 et 1868.
- NewYork-Presbyterian Healthcare System comprend : des hôpitaux de soins aigus et de la circonscription (desservant les communes immédiates), des centres de convalescence, des sites ambulatoires, les facultés de médecine de Weill Cornell Medical College et de la Columbia University College of Physicians & Surgeons.
- NYP dessert les habitants de : Manhattan, Brooklyn, Queens, Bronx, Westchester, Long Island, New Jersey, Connecticut, et des comtés de l'état de New York.

Sa mission

Fournir de concert avec ses deux facultés de médecine associées :

- des soins de haute qualité et attentifs aux besoins des patients ;
- un enseignement exceptionnel aux médecins, aux scientifiques biomédicaux et aux professions paramédicales ;
- un service responsable et dynamique à la communauté ;
- un accueil sans égal pour les patients, les familles et les visiteurs ;
- un environnement de travail sûr, une rémunération compétitive, des projets de carrière à ses équipes.

Données 2003

Statut des patients

Medicare	32 %
Assurance privée	23 %
Managed Care (HMO)	17 %

CA US 2 197 000 000

Employés	13 892
Médecins	4 717

Patients hospitalisés

Lits disponibles	2 397
Sorties	102 058
Journées hospitalières	707 657
Accouchements	13 803

Patients non hospitalisés

Consultations	868 065
Visites aux urgences	181 023
Chirurgie ambulatoire	43 521

Centres d'excellence

- *SIDA(2)*
- *Grands brûlés*
- *Chirurgie esthétique (laser)*
- *Médecine alternative*
- *Maladies digestives*
- *Thérapie génique*
- *Médecine préventive*
- *Fertilité*
- *Traumatismes*
- *Médecin vasculaire*
- *Santé des femmes*

Annexe 7

Étude relative à l'adaptation du statut des établissements publics de santé

(Source : CANAM-ALTEDIA (rapport d'étude, septembre 2003 – Extraits)

Quatre leviers essentiels du management manquent à l'hôpital public :

1^{er} levier : restaurer la légitimité du conseil d'administration et redéfinir ses compétences

- Élection du président au sein du conseil d'administration.
- Définition des orientations stratégiques de l'établissement et implication effective dans le suivi de la mise en œuvre.
- Participation effective au processus budgétaire (y compris les procédures modificatives).
- Recrutement du directeur et des cadres de management.
- Recrutement des chefs de service.

2^e levier : doter le directeur de l'hôpital des mêmes leviers de management que ses homologues

Parce qu'il assume la responsabilité de gestion de l'établissement, le directeur doit avoir l'autorité réelle sur les quatre fonctions principales du management :

- la gestion de la politique tarifaire,
- l'ingénierie de l'organisation,
- la gestion des ressources humaines,
- la gestion des risques.

Parce qu'il est employeur, il doit en détenir les prérogatives sur l'ensemble du champ social et posséder l'autorité effective associée :

- recrutement des cadres,
- fixation des rémunérations et de l'intéressement,
- fixation des objectifs des services et évaluation des résultats,
- mise en œuvre du pouvoir de sanction et de discipline, jusqu'au licenciement,
- négociation des modalités conventionnelles de gestion des relations sociales (accord collectif).

3° levier : légitimer le management de l'hôpital dans ses missions de gestion des équipes et de l'organisation du service

L'autorité de management procède d'une délégation du directeur. Celle-ci relève d'un contrat qui stipule le périmètre des responsabilités, la nature des pouvoirs, les objectifs attendus.

Juridiquement, la délégation de pouvoirs est opposable dès lors qu'elle est assortie d'une contrepartie réelle.

Au minimum, le cadre de management hospitalier doit disposer des pouvoirs suivants :

- organisation du service,
- évaluation managériale des équipes,
- recrutement, affectations (mobilité) et promotions,
- intéressement financier,
- pouvoir disciplinaire.

4° levier : développer le contrôle de la gouvernance

L'exercice de l'autonomie et de la responsabilité suppose le contrôle, le reporting et le droit d'alerte.

Ainsi, il faut admettre l'évaluation tout autant des pratiques managériales et de gestion que des pratiques professionnelles.

Deux types de contrôles sont à renforcer :

- le contrôle régalien par les autorités de tutelle,
- l'évaluation et la notation par les sociétés savantes, les unes et les autres disposant du droit d'alerte.

La logique ultime d'un tel dispositif suppose la mise en œuvre éventuelle d'un plan de redressement pour l'établissement, consécutif à une procédure de droit d'alerte, et pouvant aller, le cas échéant, jusqu'à sa mise sous tutelle.

Annexe 8

Bibliographie

Ouvrages

Cutler, David, *The Changing Hospital Industry Comparing Not for Profit and For Profit Institutions*, University of Chicago Press, 2000

DEXIA Crédit Local, Département des Études et de la Documentation, *Les Hôpitaux dans quinze pays de l'Union Européenne*, décembre 2003

Fessler Jean-Marie, Frutiger Pierre, *La Tarification hospitalière à l'activité, éléments d'un débat nécessaire et propositions*, Éditions Lamarre, 2003

Imbert, Jean, *Les Hôpitaux en France*, PUF, 1996

Lassey Marie, Lassey William, Jinks Martin, *Health Care Systems Around the World*, Prentice Hall, 1997

McKee, Martin, Healy Judith, *Hospitals in a Changing Europe*, Open University Press, 2003

Potter, Sharyn J *Can Efficiency and Community Service be Symbiotic? Longitudinal Analysis of Not for Profit and For Profit Hospitals in the United States*, Garland Publishing, 2000

Shi Leiyu, Singh Douglas, *Delivering Health Care in America a Systems Approach*, Jones and Bartlett, 2004

Articles

Clement JP, White KR

Charity Care: Do Not-for-Profits Influence For-Profits?

Medical Care Research and Review, Vol. 59, No. 1, 59-78 (2002)

Devereaux PJ, Schunemann HJ, Ravindran N, Bhandari M, Garg AX, Choi PT, Grant BJ, Haines T, Lacchetti C, Weaver B, Lavis JN, Cook DJ, Haslam DR, Sullivan T, Guyatt GH

Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis

JAMA. 2002 Nov 20;288(19):2449-57.

Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Lacchetti C, Haines T, Burns KE, Cook DJ, Ravindran N, Walter SD, McDonald H, Stone SB, Patel R, Bhandari M, Schunemann HJ, Choi PT, Bayoumi AM, Lavis JN, Sullivan T, Stoddart G, Guyatt GH

Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis

CMAJ. 2004 Jun 8;170(12):1817-24.

Ferber, Karine B

Hôpitaux publics en vente en Allemagne

Gestions hospitalières, décembre 2004

Harrison JP, Sexton C

The paradox of the not-for-profit hospital

Health Care Manag (Frederick). 2004 Jul-Sep;23(3):192-204

Houdard, Philippe et al.

Hôpitaux – Le Palmarès 2004

Le Point, n° 1652, mai 2004

Cliniques – Le Palmarès 2004

Le Point, n° 1681, décembre 2004

Horwitz Jill

Why we need the independent sector: the behavior, law, and ethics of not-for-profit hospitals

University of Michigan Research Paper N° 35, Public Law and Legal Theory John M. Olin Center for Law and Economics Research Paper N° 04-003, 2004

Hubert H, Castra L

Vers un élargissement du secteur non lucratif

Perspectives Sanitaires et Sociales, n° 165, novembre-décembre 2002

Laîné, Matthieu

La situation économique et financière des cliniques privées en 2002

DREES, Études et résultats, n° 326, juillet 2004

Schactman David, Altman Stuart

Conversion of Hospitals from Not-for-Profit to For-Profit Status

Council on the Economic Impact of Health System Change, 1996

Shen YC

Effect of hospital ownership choice on patient outcomes after treatment for acute myocardial infarction.

J Health Econ. 2002 Sep;21(5):901-22

Taylor DJ

What price for-profit hospitals?

May 28, 2002; 166, 11 © 2002 Canadian Medical Association

Thorpe KE, Florence CS, Seiber EE

Hospital conversions, margins, and the provision of uncompensated care

Health Aff (Millwood). 2000 Nov-Dec;19(6):18

Trigano Laurent

La conjoncture des établissements de santé publics et privés au premier trimestre 2004

DREES, Études et résultats n° 358, décembre 2004

Vincent Gérard et Garel Pascal

L'Europe des hôpitaux : diversité et convergences

Revue des Affaires Européennes, 2003-2004/2

Rapports et notes

Analyse des coûts à l'hôpital

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, mai 2004

Analyse des reports de charges 2003 dans les hôpitaux

Fédération Hospitalière de France, 2004

Back to the future: Towards a Mixed Economy of UK Healthcare Provision

Barry HASSEL Chief Executive, Independent Healthcare Association

Comptes de la Sécurité sociale : résultats 2002, prévisions 2003 et 2004

Commission des comptes de la sécurité sociale, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003

Étude relative à l'adaptation du statut des établissements publics de santé
Rapport d'étude, CANAM - ALTEDIA, Septembre 2003

L'Hôpital Réinventé,

Coudreau Dominique, Institut Montaigne, Janvier 2004

Hospital Service Changes in California: Trends, Community Impacts and Implications for Policy

Paul Kirby, Joanna Spetz, Lisa Maiuro, Richard M Scheffler
Nicholas C Petric Center on Health Care Markets and Consumer Welfare,
University of California, Berkeley, California, April 2005

Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale

Denis Debrosse, Antoine Perrin, Guy Vallancien
Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003

New Healthcare Revolution in Europe; Private Sector Solutions

Tim Evans, President, Centre for the New Europe, Brussels
Private Hospital Healthcare Europe, Reference Guide for Independent Hospitals,
HOPE, 2003

Note explicative pour l'inscription d'une association régie par les articles 21 à 79 du Code civil local

Tribunal d'instance de Mulhouse, 2000

L'organisation interne de l'hôpital

René Couanau, Assemblée Nationale, rapport d'information n° 358, mars 2003

Private Provision of Publicly-funded Hospital Care : the Story So Far

Jon SUSSEX, Associate Director, Office of Health Economics, London

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 – Annexe B1

Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, 2003

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 – Annexe B1

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 2004

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- Un contrôleur général pour les finances publiques
(février 2005)
- Le syndrome du gyroscope
Luc Ferry
(décembre 2004)
- Cinq ans après Lisbonne :
Comment rendre l'Europe compétitive
(novembre 2004)
- Ni quotas, ni indifférence : L'entreprise et l'égalité positive
Laurent Blivet
(octobre 2004)
- Pour la Justice
(septembre 2004)
- Régulation : ce que Bruxelles doit *vraiment* faire
(juin 2004)
- Couverture santé solidaire
(mai 2004)
- Engagement individuel et bien public
(avril 2004)
- Les oubliés de l'égalité des chances
(janvier 2004)
- L'hôpital réinventé
(janvier 2004)
- Vers un impôt européen ?
(octobre 2003)
- Compétitivité et vieillissement
(septembre 2003)
- De « la formation tout au long de la vie » à l'employabilité
(septembre 2003)
- Mieux gouverner l'entreprise
(mars 2003)

- L'Europe présence (tomes 1 & 2)
(janvier 2003)
- 25 propositions pour développer les fondations en France
(novembre 2002)
- Vers une assurance maladie universelle ?
(octobre 2002)
- Comment améliorer le travail parlementaire
(octobre 2002 – épuisé)
- L'articulation recherche-innovation
(septembre 2002)
- Le modèle sportif français : mutation ou crise ?
(juillet 2002 – épuisé)
- La sécurité extérieure de la France
face aux nouveaux risques stratégiques
(mai 2002)
- L'Homme et le climat
(mars 2002)
- Management public & tolérance zéro
(novembre 2001)
- Enseignement supérieur :
aborder la compétition mondiale à armes égales ?
(novembre 2001 – épuisé)
- Vers des établissements scolaires autonomes
(novembre 2001 – épuisé)

Les publications peuvent être obtenues auprès
du secrétariat de l'Institut (Tél. : 01 58 18 39 29)
et sont également téléchargeables sur le site internet :

www.institutmontaigne.org

Imprimé en France
Dépôt légal : juin 2005
ISBN : 1771-6756
Achévé d'imprimer en juin 2005

INSTITUT MONTAIGNE



Suez	Airbus
Dexia	La Française des Placements
bioMérieux	Amgen
The Boston Consulting Group	IDI
Axa	Eurazeo
H. de Clermont-Tonnerre – ERSA	Pfizer
Carrefour	RTE Réseau de Transport d'Electricité
Areva	Tecnet Participations
Rallye – Casino	Sanofi – Aventis
AGF	GL Trade
Bouygues	PricewaterhouseCoopers
BNP Paribas	Rothschild & Cie
Fédération Multivilles	Sodexo
Ernst & Young	BearingPoint
Bolloré	Veolia Environnement
McKinsey & Company	Janssen-Cilag, groupe Johnson & Johnson
Lazard Frères	Capgemini
CS Communication & Systèmes	Microsoft
J Walter Thompson	Vivendi Universal
A.T. Kearney	Média-Participations
Accenture	Euronext
EADS	KPMG S.A
Pierre & Vacances	Total
LVMH – Moët-Hennessy – Louis Vuitton	Hameur
Schneider Electric	auguste & debouzy avocats
Experian	JT International
Serono	

S O U T I E N N E N T L ' I N S T I T U T M O N T A I G N E

INSTITUT MONTAIGNE



COMITÉ DIRECTEUR

Claude Bébéar Président

Alain Mérieux Vice-président

Henri Lachmann Vice-président et trésorier

Philippe Manière Directeur général

Nicolas Baverez Économiste, avocat

Jacques Bentz Président de Tesci

Guy Carcassonne Professeur de droit public à l'Université Paris X-Nanterre

Christian Forestier Président du Haut Conseil d'évaluation de l'école

Marie-Anne Frison-Roche Professeur de droit à l'Institut d'Études Politiques de Paris

Bernard de La Rochefoucauld Fondateur de l'Institut La Boétie

Ezra Suleiman Professeur de science politique à l'Université de Princeton

Philippe Wahl Gérant de Solfi

CONSEIL D'ORIENTATION

Olivier Blanchard Professeur d'économie au MIT

Jean-Pierre Boisivon Délégué général de l'Institut de l'Entreprise

Laurent Cohen-Tanugi Avocat international

François Ewald Chercheur, universitaire

Michel Godet Professeur au CNAM

Henri Hude Philosophe, universitaire

Erik Izraelewicz Directeur adjoint de la rédaction, *Les Echos*

Jean-Hervé Lorenzi Économiste, universitaire

Elisabeth Lulin Présidente de Paradigmes et caetera

Yves Mény Politologue, directeur de l'Institut Universitaire Européen de Florence

Sophie Pedder Correspondante à Paris, *The Economist*

Alain-Gérard Slama Journaliste, universitaire

INSTITUT MONTAIGNE



IL N'EST DÉSIR PLUS NATUREL QUE LE DÉSIR DE CONNAISSANCE

Hôpital Le modèle invisible

Quand on dit « hôpital », on pense immédiatement à un établissement *public* ; et si l'on parle d'établissement *privé*, on songe implicitement à une clinique dont la vocation est de générer des profits. Or cette vision binaire du monde hospitalier est erronée. Il existe en effet en France un troisième modèle d'organisation mais qui est inconnu du public. Certains de nos établissements les plus réputés en font même partie : c'est le secteur des **hôpitaux privés à but non lucratif** (PNL).

Tantôt hôpitaux ou cliniques, ils allient à la fois gestion privée, service public et absence de profits. Aussi performants du point de vue économique qu'en termes de solidarité, les établissements PNL sont en pleine expansion en Allemagne, très développés aux Pays-Bas, aux Etats-Unis et... en Alsace, mais pas sur le reste du territoire.

Dans cette note de l'Institut Montaigne, Denise Silber plaide pour la reconnaissance en France de l'hôpital privé à but non lucratif et pour le rétablissement de l'égalité des chances entre le public, le privé et le privé non lucratif. Elle formule sept propositions concrètes. La plus originale : autoriser tous les établissements qui le désirent à se transformer en PNL.

Institut Montaigne
38, rue Jean Mermoz - 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 58 18 39 29 - Fax +33 (0)1 58 18 39 28
www.institutmontaigne.org

10 €
ISBN en cours
Juin 2005