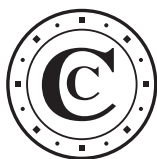


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS, ENTRE CONCURRENCE ET COMPLÉMENTARITÉ

Rapport public thématique

Synthèse

Octobre 2023

 **AVERTISSEMENT**

Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes.

Seul le rapport engage la Cour des comptes.

Les réponses des administrations, des organismes et des collectivités concernés figurent en annexe du rapport.

Sommaire

Introduction	5
1 Des décennies d'efforts d'organisation de l'offre hospitalière, au niveau national, n'ont pas empêché les contrastes territoriaux de se renforcer	9
2 Les différences de statuts et de modèles économiques demeurent déterminantes	13
3 La complémentarité peut être développée dans le cadre d'une conception renouvelée du service public hospitalier	15
4 Les autorisations d'activité délivrées aux établissements de santé doivent être davantage reliées à la pertinence et à la qualité des soins ainsi qu'à la satisfaction des patients	17
Recommandations	19

Introduction

Le système hospitalier français est composé d'établissements de santé publics et privés qui réalisent des diagnostics, soignent et surveillent les malades, les blessés et les femmes enceintes, et qui accomplissent des missions de prévention et d'éducation à la santé, au sens du code de la santé publique.

Au 31 décembre 2020, sur 2 989 établissements de santé¹, on dénombrait 1 347 établissements publics de santé, 972 établissements de santé privés à but lucratif et 670 établissements privés à but non lucratif dont les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic²) constituent la majeure partie. Le présent rapport traite de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO)³. Dans ce champ d'activité, les établissements publics offrent 66 % des lits et places, les établissements privés à but lucratif 25 % et les établissements privés à but non lucratif 9 %.

Au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), les dépenses consacrées aux établissements de santé se sont établies en 2019 à 82,6 Md€ (hors dotations allouées par les agences régionales de santé au titre du fonds d'intervention régional – Fir – et hors honoraires des médecins exerçant en cliniques privées), dont 54,4 Md€ dans le champ MCO. Elles ont atteint 90 Md€ en 2020, 95,5 Md€ en 2021, dans le contexte de crise sanitaire dont les effets se sont révélés contrastés sur l'activité hospitalière, et 98,4 Md€ en 2022. Les honoraires pris en charge par l'assurance maladie des médecins exerçant sous forme libérale dans les établissements de santé se sont élevés à 6,7 Md€ en 2019, toutes activités comprises, dont 5,09 Md€ dans les établissements du champ MCO.

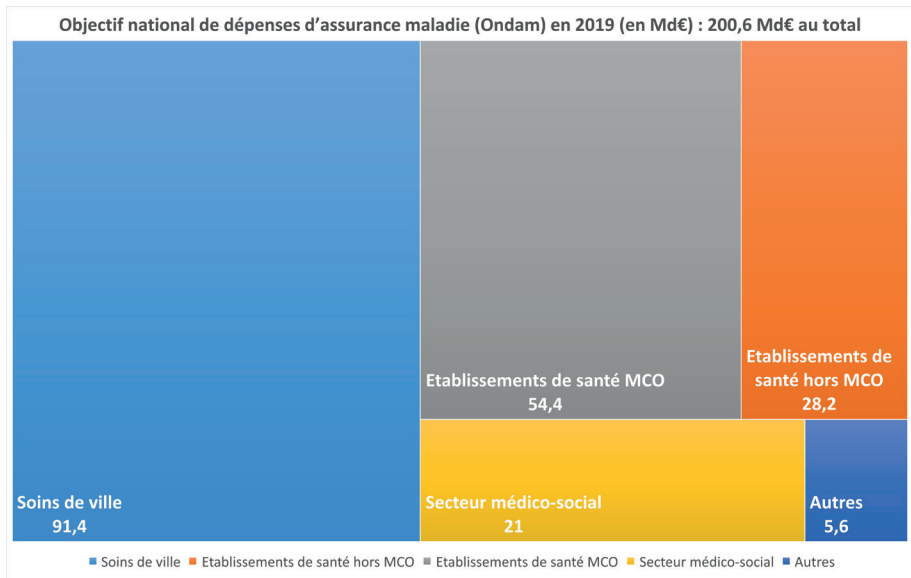
1. Données produites par le ministère chargé de la santé (Drees) ; l'hospitalisation à domicile (HAD) et la dialyse hors centre ne sont pas comptés ici.

2. Établissements de santé privés d'intérêt collectif, catégorie créée par la loi du 21 juillet 2009.

3. Ce secteur d'activité est visé en priorité dans le présent rapport car il représente la majeure partie des hospitalisations (en 2019, 86 % des journées complètes et 47 % des journées partielles).

Introduction

Part consacrée aux établissements de santé au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)



Source : Cour des comptes

La diversité et la répartition territoriale des établissements de santé qui se sont développés indépendamment les uns des autres jusqu'en 1970, puisent leur origine dans l'histoire. Cette diversité a été prise en compte par l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 qui a consacré le droit pour le patient de choisir son médecin et qui a organisé le conventionnement des établissements de santé privés avec les caisses de sécurité sociale.

D'autres modalités d'organisation du système hospitalier existent en Europe. Toutefois, le pluralisme de l'offre en France n'est pas une situation singulière : en 2018, 11 des 23 pays de l'Union européenne pour lesquels des données ont pu être examinées conjuguèrent, à des degrés divers, un secteur d'hospitalisation public avec un secteur privé à but non lucratif et un secteur privé à but lucratif.

Introduction

Le droit européen, quant à lui, considère les établissements de santé, quel que soit leur statut, comme des opérateurs économiques. Il soumet leurs activités et leur régulation administrative au respect des principaux principes du droit de la concurrence (liberté d'entreprendre, égal accès aux autorisations et aux financements publics) devant permettre d'atteindre un équilibre collectivement optimal en termes de quantité, de qualité et de coût des soins dispensés, tout en favorisant l'innovation.

Le présent rapport, issu des travaux de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes, analyse les caractéristiques de l'offre hospitalière publique et privée, lucrative ou non lucrative, les facteurs susceptibles de favoriser ou de pénaliser l'efficacité de son organisation et de sa performance d'ensemble, ainsi que les moyens mis en œuvre par les autorités de régulation, au niveau national et au niveau local, pour satisfaire au mieux les besoins en soins hospitaliers de la population.

Pour mesurer et comparer l'activité respective des trois catégories d'établissements, la Cour s'est appuyée sur le système national des données de santé dont elle a extrait les données d'activité médicale des établissements au cours des années 2014, 2016 et 2019, dans les secteurs de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique et, plus particulièrement, les données des 20 types de pathologies les plus couramment prises en charge. Elle a mesuré le nombre de séjours effectués dans les 95 départements métropolitains et a caractérisé l'intensité de la concurrence à cette échelle, en fonction de l'activité respective des trois catégories d'établissements. Une analyse plus fine porte principalement sur des données d'activité de l'année 2019, dernier exercice complet disponible avant que la pandémie de covid-19 bouleverse l'économie générale des soins hospitaliers. Cependant, chaque fois que cela a été possible, des données plus récentes ainsi que les constats et enseignements issus de la crise sanitaire de la covid-19 ont été utilisés.

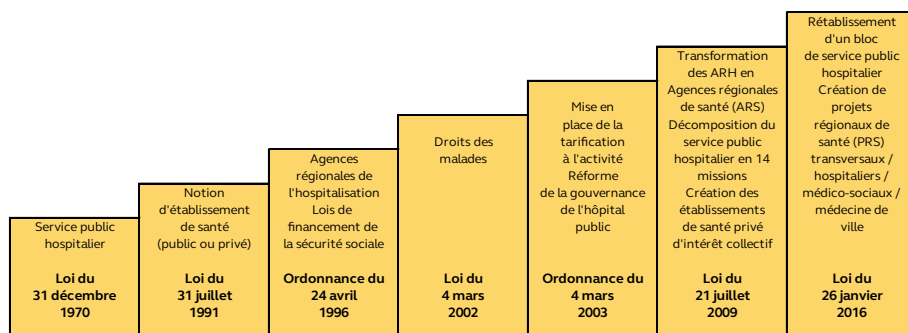


1 Des décennies d'efforts d'organisation de l'offre hospitalière, au niveau national, n'ont pas empêché les contrastes territoriaux de se renforcer

Créé par la loi du 31 décembre 1970, le service public hospitalier a été décomposé en 14 missions par la loi du 21 juillet 2009, dite loi « *Hôpital, patients, santé, territoires* », puis remanié en 2016 par la loi dite « *Touraine* » sous la forme d'un « *bloc*

d'activités » exercées exclusivement par les établissements publics et par les Espic. Le concept juridique « *d'établissement de santé* », posé en 1991 par la loi dite « *Évin* », a introduit le principe d'obligations communes aux trois catégories d'établissements.

L'évolution de la notion de service public hospitalier et de l'organisation de l'offre de soins



Source : Cour des comptes

Des décennies d'efforts d'organisation de l'offre hospitalière, au niveau national, n'ont pas empêché les contrastes territoriaux de se renforcer

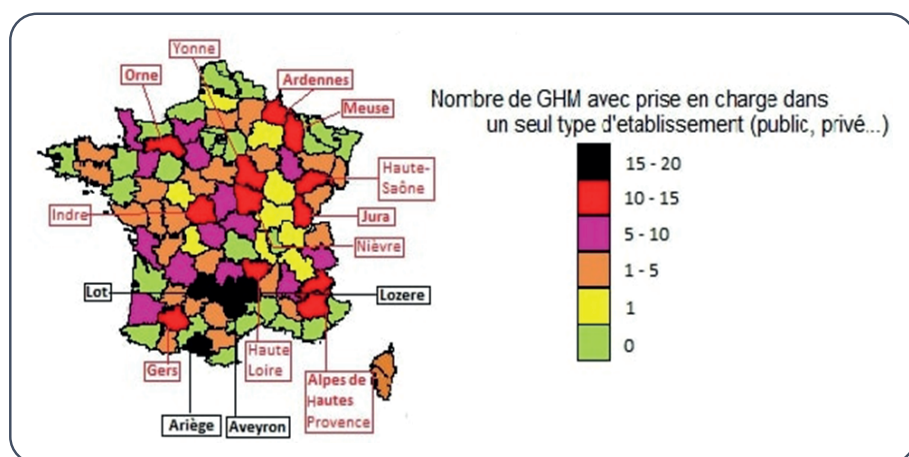
Les modalités de financement restent cependant hétérogènes et ne traduisent toujours pas des principes clairs et stabilisés. De ce fait, les offres hospitalières, publique et privée, ont continué à évoluer de manière séparée. La concurrence sur les courts séjours s'intensifie depuis 2014 dans les métropoles tandis que le secteur public assure de plus en plus, et presque exclusivement, la couverture des besoins sur l'ensemble du territoire ainsi que les soins pour les pathologies les plus sévères, ou dans les contextes sociaux les plus difficiles.

Ces constats en moyenne nationale sont toutefois nuancés par l'analyse territoriale fine, qui fait ressortir des différences significatives. Les prises en charge au titre de la chirurgie sont majoritairement privées et, dans certains territoires défavorisés, des établissements privés accueillent

plus de bénéficiaires de l'assurance complémentaire santé solidaire (CSS) que des établissements publics. En outre, de nombreux territoires ne disposent que d'une offre publique, tandis que ceux qui ne disposent d'aucune offre de soins pour certaines pathologies pourtant courantes (en médecine gériatrique par exemple) ne sont pas rares.

Là où la concurrence s'exerce, l'activité s'est structurée à partir des tarifs administrés établis au niveau national, pour les établissements de santé comme pour les praticiens libéraux. Du point de vue du patient, cette concurrence porte sur l'accès aux services d'urgence, sur l'adressage par les médecins traitants en ville, sur les délais d'accès aux soins et sur le prix des prestations annexes, remboursées en tout ou partie par les assurances complémentaires de santé.

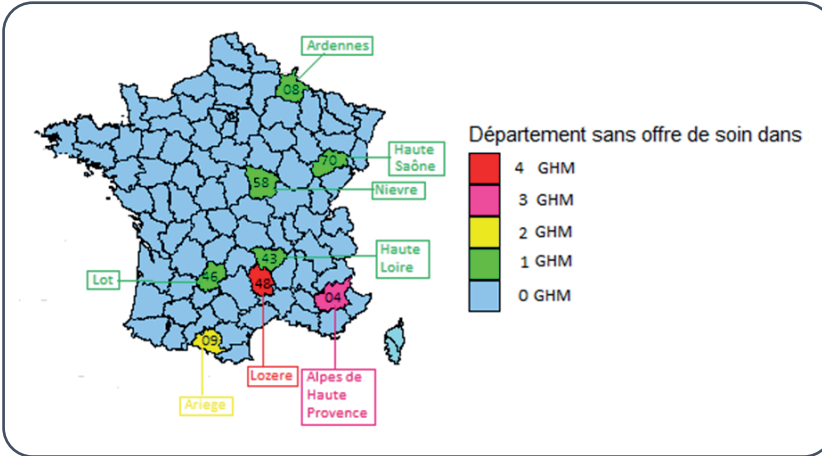
Offre de soins par département et clientèle captive



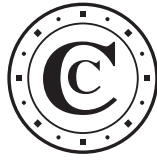
Source : Cour des comptes, à partir des données issues du SNDS

Des décennies d'efforts d'organisation de l'offre hospitalière, au niveau national, n'ont pas empêché les contrastes territoriaux de se renforcer

Départements sans prise en charge de séjours sur les 20 GHM étudiés



Source : Cour des comptes à partir des données issues du SNDS



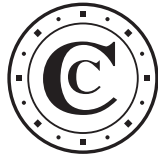
2 Les différences de statuts et de modèles économiques demeurent déterminantes

Le droit des autorisations a été longtemps hétérogène selon les catégories d'établissements et ne converge réellement que depuis 2022.

La prise en charge des soins par l'assurance maladie relève toujours de deux échelles tarifaires différentes, notamment parce que le coût des soins dispensés dans les établissements du secteur public et du secteur privé sans but lucratif intègre la rémunération des médecins salariés alors que, dans le secteur privé à but lucratif, les honoraires des médecins exerçant à titre libéral sont pris en charge séparément.

Les ressources des établissements publics sont constituées d'une part croissante de dotations de l'assurance maladie décidées par les agences régionales de santé (ARS), dont les établissements privés ne bénéficient pas ou de manière marginale seulement.

Enfin, les régimes sociaux et fiscaux avantagent sensiblement le secteur public par rapport au secteur privé non lucratif, à missions et activités comparables.



3 La complémentarité peut être développée dans le cadre d'une conception rénovée du service public hospitalier

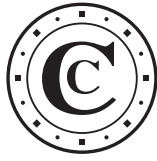
La conception historique du service public hospitalier, réservée à l'origine aux établissements publics et à certains établissements privés à but non lucratif habilités individuellement, s'est progressivement brouillée. Des praticiens du secteur public, qui constituent le socle du service public hospitalier, peuvent exercer au sein de l'hôpital, sous certaines conditions, une activité libérale avec dépassement d'honoraires.

Une clarification est devenue nécessaire sur l'ensemble du territoire national au regard de l'impératif, pour les usagers, de pouvoir accéder aux soins dans des conditions financières, géographiques et temporelles correspondant à leurs besoins, quel que soit le statut de l'établissement en mesure de les prendre en charge.

D'une part, la proportion d'activité due au service public par les praticiens d'un hôpital public autorisés à exercer une activité libérale au sein de celui-ci, doit être mieux garantie. En ce sens, un plafonnement du revenu de l'activité libérale par rapport aux revenus de l'activité salariée des praticiens pourrait être ajouté aux limites actuelles reposant sur le temps de travail et le nombre d'actes, peu vérifiables et donc insuffisamment contrôlés.

D'autre part, les critères du service public hospitalier devraient être assouplis pour permettre d'accroître l'offre, en soumettant les autorisations délivrées aux établissements privés – à but lucratif ou non – pour les activités les plus sensibles sur un territoire donné, à des exigences de participation à la permanence des soins, à la coopération avec d'autres établissements au travers du partage de plateaux techniques, à une mutualisation des ressources humaines et des équipements rares, à une tarification en secteur 1 ou, dans certains cas, en secteur 2 sans reste à charge pour le patient après intervention de son assurance complémentaire de santé.

Cette nouvelle approche, centrée sur les besoins à satisfaire de la population, nécessite un renforcement des outils d'analyse et des mesures juridiques à la disposition des ARS : meilleure identification, dans les plans régionaux de santé, des insuffisances de l'offre par rapport à la demande à l'échelle territoriale, sociale et temporelle, et adaptation du régime des autorisations pour rendre possible leur octroi sous des conditions correspondant aux besoins du service public hospitalier, là où il est insuffisamment assuré.

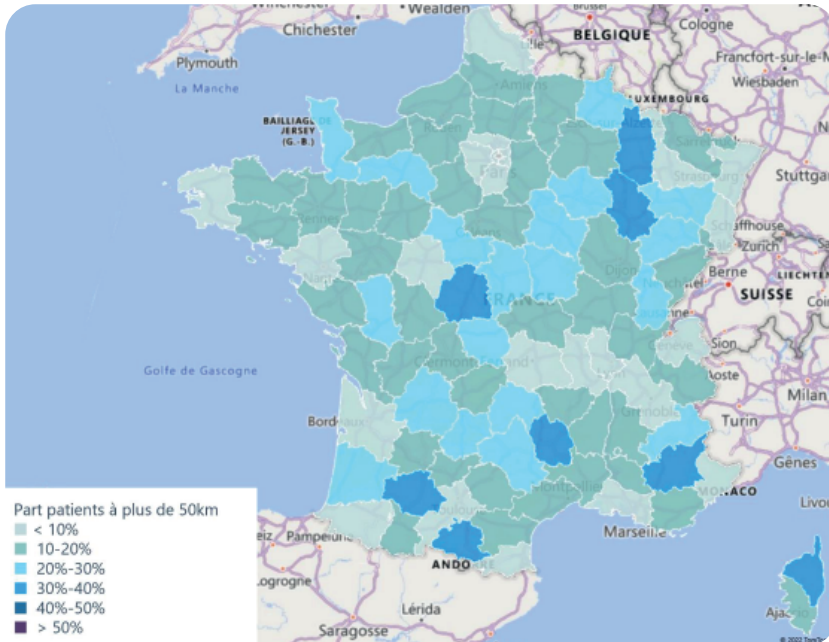


4 Les autorisations d'activité délivrées aux établissements de santé doivent être davantage reliées à la pertinence et à la qualité des soins ainsi qu'à la satisfaction des patients

La réforme du régime des autorisations délivrées par les ARS, engagée depuis deux ans, ne répond qu'imparfaitement aux besoins. Certes, les exigences techniques et d'activité qui conditionnent leur délivrance ont été renforcées. Cependant, les bénéfices qui doivent en résulter pour les patients, notamment en

matière d'accessibilité financière et géographique des soins, pourraient être mieux pris en compte. En outre, lorsque des autorisations sont accordées à des entités gestionnaires d'établissements privés, des engagements de stabilité et de préavis avant modification ou cessation d'activité devraient être exigés.

Départements sans prise en charge de séjours sur les 20 GHM étudiés



Source : étude Altense sur les besoins en médecine gériatrique, données du PMSI de 2021, juin 2022

S'agissant de la pertinence des soins hospitaliers, l'ampleur des écarts constatés entre les pratiques, dans certains départements, et la moyenne nationale mérite qu'une analyse des activités atypiques, au regard des référentiels de bonne pratique, soit conduite par le ministère chargé de la santé. Une telle analyse permettrait de mieux fonder les orientations de chaque projet régional de santé ainsi que les décisions d'attribution d'autorisations d'activités de soins.

Les analyses relatives à la qualité des soins, notamment les résultats de la certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé (HAS) et les indicateurs de qualité et de sécurité des soins qu'elle publie, pourraient être mieux exploitées par les ARS pour la délivrance des autorisations. La publication offre aux usagers la possibilité de prendre connaissance de ces données et de comparer les établissements selon leurs statuts et activités. C'est, de même, le cas de l'enquête de satisfaction intitulée « e-satis » qui est largement déployée désormais⁴.

En revanche, les règles trop complexes du mécanisme d'incitation financière à la qualité, développé par le ministère de la santé et par la HAS, le rendent illisible et en atténuent l'effet incitatif, pour les professionnels de santé comme pour les établissements.

Lorsque l'offre est restreinte sur un territoire et que la liberté de choix du patient est de ce fait réduite, il est

d'autant plus nécessaire que les pouvoirs publics exercent une vigilance accrue sur la qualité du service rendu aux patients par des mesures réellement incitatives et par la vérification des engagements pris à l'occasion de la délivrance des autorisations.

*
**

La stimulation concurrentielle est un facteur nécessaire à l'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction du patient. Tout en sachant tirer parti de celle-ci pour limiter les effets négatifs potentiels des monopoles d'activité, pour les patients comme pour le régulateur, l'administration de la santé peut mieux utiliser, ou renforcer, ses moyens d'intervention pour susciter, voire contraindre, les opérateurs et les praticiens à coopérer davantage face aux difficultés rencontrées en matière d'offre hospitalière dans une grande partie du territoire. Une nouvelle dynamique équilibrant mieux la concurrence et la complémentarité doit ainsi s'engager à partir d'un contenu revitalisé du service public hospitalier, aujourd'hui insuffisamment articulé avec les autorisations délivrées.

Un principe simple pourrait prévaloir : tout établissement de santé autorisé et financé par la solidarité nationale doit participer à la mise en place effective d'un service public hospitalier performant à l'échelle du territoire considéré, en fonction de sa capacité d'accueil, des spécialités qu'il exerce et en réponse aux besoins concrets des patients.

4. E-Satis est le dispositif national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients ; cette mesure est effectuée depuis avril 2016 dans tous les établissements de santé, grâce à des questionnaires établis par la Haute Autorité de santé.

Recommandations

- 1. Réformer la tarification de l'activité libérale dans les établissements publics de santé de manière à éviter que l'assurance maladie paye deux fois le temps médical consacré aux prestations, une première fois au titre du GHS et une deuxième fois au titre des honoraires des praticiens (*ministère chargé de la santé – DGOS, DSS – CNG, ATIH et Cnam*).**
- 2. S'agissant de la régulation de l'activité libérale des praticiens en établissement public de santé, introduire un critère fondé sur les honoraires perçus et rendre effectifs les contrôles des plafonds d'activité en temps de travail et en nombre d'actes par les directions d'établissement et par les ARS (*ministère chargé de la santé – DGOS, ARS – CNG, ATIH et Cnam*).**
- 3. Établir une grille d'indicateurs de mise en œuvre du service public hospitalier (accessibilité financière, géographique, temporelle) dont les valeurs cibles seront précisées par l'ARS au regard des besoins de chaque territoire (*ministère chargé de la santé – SGMAS, DGOS, ARS – et Cnam*).**
- 4. Dans le cadre des projets régionaux de santé 2023-2028 et de la réforme des autorisations en cours, soumettre au respect de ces indicateurs la délivrance et le renouvellement des autorisations relevant du service public hospitalier (*ministère chargé de la santé – SGMAS, DGOS, ARS – et Cnam*).**
- 5. Rendre obligatoire la participation à la permanence des soins (PDS-ES) des praticiens exerçant en établissement de santé privés, comme dans les établissements publics de santé, et organiser la mutualisation territoriale des ressources en personnel soignant pour la nuit, la fin de semaine, le mois d'août, les jours fériés et les fêtes de fin d'année (*ministère chargé de la santé – DGOS et ARS*).**
- 6. Dans les territoires où la situation hospitalière est caractérisée par l'ARS comme particulièrement tendue, élargir les possibilités de coopération des établissements publics et des établissements privés sans but lucratif habilités au service public aux praticiens libéraux de secteur 2, en contrepartie d'un encadrement des honoraires versés par l'établissement et d'une participation de ces praticiens à la permanence des soins (*ministère chargé de la santé – DGOS, DSS, ARS – et Cnam*).**
- 7. Recentrer les financements attribués au titre de l'incitation financière à la qualité (Ifaq), conformément à son objet initial, sur les établissements de santé ayant mis en place un processus d'amélioration de la qualité présentant des résultats probants (*ministère chargé de la santé – ARS*).**