

6 AXES DE RÉFLEXION

LES [6] AXES

[1]
DE NOUVELLES
PRIORITÉS
STRATÉGIQUES

[2]
QUELS TARIFS
POUR LES
ÉTABLISSEMENTS
ET LES MÉDECINS ?

[3]
CLINIQUES
ET ASSUREURS
COMPLÉ-
MENTAIRES :
MAÎTRISER LE RAC

[4]
PRÉLÈVEMENTS
FISCAUX
ET SOCIAUX

[5]
DIVERSIFIER
L'ACTIONNARIAT
DES CLINIQUES

[6]
UN PLAN HÔPITAL
PRIVÉ 2020



EDITORIAL

Jean-Loup Dourousset, Président de la FHP
Michel Grass, Président de la Commission économique et stratégique
de la FHP, Président de la FHP Bourgogne/Franche-Comté

DÉFENDRE LA PROFESSION

Défendre la profession, c'est aussi anticiper les évolutions, identifier les opportunités ou les menaces et mettre en œuvre les réflexions et les actions qui, au niveau fédéral comme au niveau local, permettront aux établissements d'éclairer leur avenir et de se développer.

Après le projet social et le projet médical, la fédération vous propose un projet économique. À ce stade, il ne s'agit pas de vous soumettre un projet clés en main mais d'ouvrir la réflexion autour de sept thèmes qui justifient l'ouverture d'un débat au sein de nos instances comme de l'ensemble de la profession.

Les thèmes que la Commission économique et stratégique a retenu comme déterminants pour l'avenir de la profession peuvent s'organiser autour de trois domaines : la stratégie tout d'abord, le financement et la tarification ensuite, l'actionnariat et l'investissement enfin.

« À ce stade,
il ne s'agit pas de
vous soumettre
un projet clés
en main
mais d'ouvrir
la réflexion »

« LA STRATÉGIE, C'EST L'ART DE FAIRE FACE À SON DESTIN »

PETER DRUCKER



DE NOUVELLES PRIORITÉS STRATÉGIQUES

[1] Point fort des cliniques, la chirurgie bénéficie de faibles perspectives de croissance. Les patients de demain seront de plus en plus médicaux et chroniques obligeant les cliniques à revoir non seulement leur portefeuille d'activités mais aussi leurs modes de prise en charge. Identifier les conséquences de ces évolutions épidémiologiques et accompagner les établissements dans cet effort d'adaptation doit constituer un axe d'action prioritaire de la fédération.

Au plan géographique, l'hospitalisation privée ne peut rester sans réagir au projet développé par la FHF de « stratégies de groupes » ou de filières publiques. La constitution ou le renouvellement des filières et des réseaux représentent, compte tenu de ce qui précède, un enjeu majeur pour nos établissements.

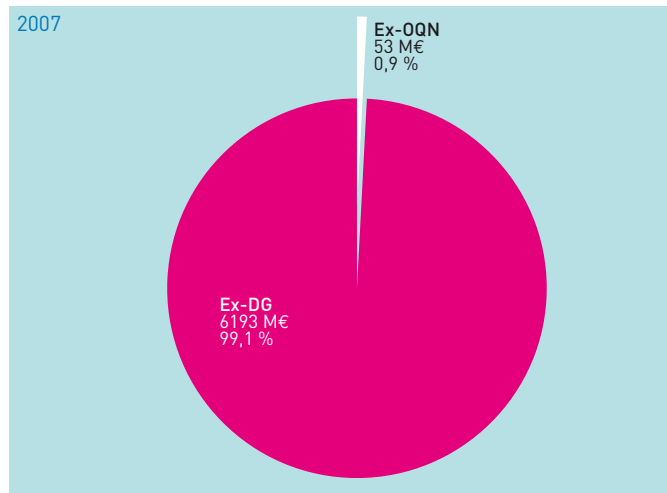
L'ÉVOLUTION DES PATIENTS TRAITÉS S'ACCOMPAGNE D'UN BESOIN D'INTÉGRATION CROISSANT DES CLINIQUES DANS LE SERVICE PUBLIC

L'évolution des patients traités s'accompagne d'un besoin d'intégration croissant des cliniques dans le service public hospitalier et les missions qui le caractérisent. Cette implication suppose de disposer d'une part équitable des financements MIGAC pour lesquels il nous faut contribuer à leur juste évaluation sur des bases rationnelles et objectives.

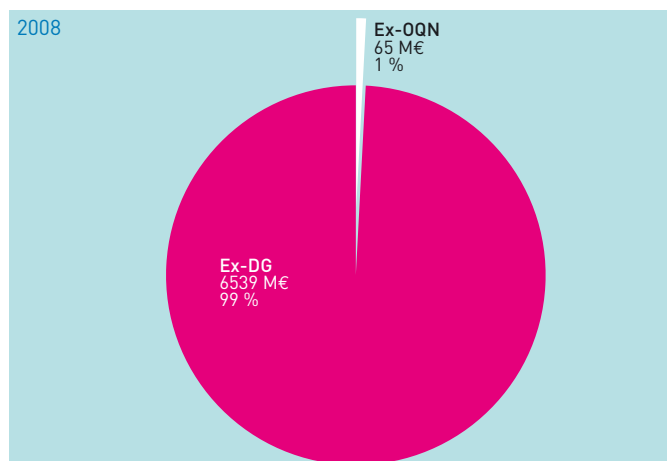
Enfin, le développement progressif des missions d'enseignement et de recherche clinique doit permettre aux cliniques de bénéficier des MERRI, impliquant pour cela de s'organiser pour valoriser leur contribution, notamment en recensant les publications et éventuels brevets déposés.

ACTION mise en place d'un groupe de travail intégrant l'audition d'experts extérieurs

Répartition des MIGAC entre établissements



Sources DH05/Arbust



QUELS TARIFS POUR LES ÉTABLISSEMENTS ET LES MÉDECINS ?

[2] Le financement selon des modalités propres aux médecins (honoraires) et aux établissements (prestations d'hospitalisation) constitue la norme historique pour notre secteur. Elle est la conséquence du modèle d'organisation qui voit une clinique et des médecins s'associer par contrat pour traiter des patients qui sont d'abord « ceux du médecin ».

Pour autant ce modèle historique est aujourd'hui au moins partiellement contesté ou remis en cause de différentes façons. Au-delà du développement du salariat et de la tarification « tout compris » en SSR qui constitue une première entorse, on voit bien que

diverses évolutions conduisent à s'interroger sur ce modèle : la rémunération individuelle des actes ne rend pas compte du fait que la prestation médicale soit réalisée de plus

en plus souvent par une équipe dont les membres ne reçoivent pas toujours aujourd'hui une rémunération à la hauteur de leur contribution respective réelle, surtout si celle-ci ne se traduit pas par un acte technique. La question de la rémunération des activités transversales ne saurait trouver non plus une réponse dans le paiement à l'acte, pas plus que ce modèle ne fait réellement justice du fait que c'est la clinique qui assure la responsabilité de l'organisation des soins.

Par ailleurs, la construction d'un modèle opérationnel de convergence tarifaire conduit à harmoniser le champ des charges couvertes par la rémunération. La FHP a proposé de segmenter le tarif du GHS public en distinguant un GHS prestations hospitalières et un GHS prestations médicales correspondant respectivement au tarif du GHS de la clinique et aux honoraires médicaux. A cette proposition de statut quo dans l'organisation de la tarification, les pouvoirs publics semblent vouloir opposer une tarification tout compris.

La mise en perspective de l'ensemble des éléments qui précèdent ne peut que conduire la FHP à mener une réflexion prospective en relation avec les représentants des médecins (et des professions paramédicales) sur l'évolution de la tarification (MCO, SSR et Psychiatrie) afin d'adopter, quelle que soit la solution retenue, une attitude proactive.

ACTION constitution d'un groupe de travail à partir de la commission économique et stratégique, et celle des relations avec les médecins associant des experts extérieurs

CLINIQUES ET ASSUREURS COMPLÉMENTAIRES : MAÎTRISER LE « RESTE À CHARGE »

[3] La mise en place du secteur optionnel, s'il est confirmé, impliquera de mobiliser les cliniques non seulement pour permettre aux médecins de réaliser les démarches qualité requises par ce nouveau secteur, mais aussi pour faciliter l'engagement du plus grand nombre possible de praticiens. L'intervention active des complémentaires non seulement dans le financement mais aussi dans la régulation de l'offre hospitalière marque une rupture et ouvre des perspectives intéressantes pour l'hospitalisation privée.

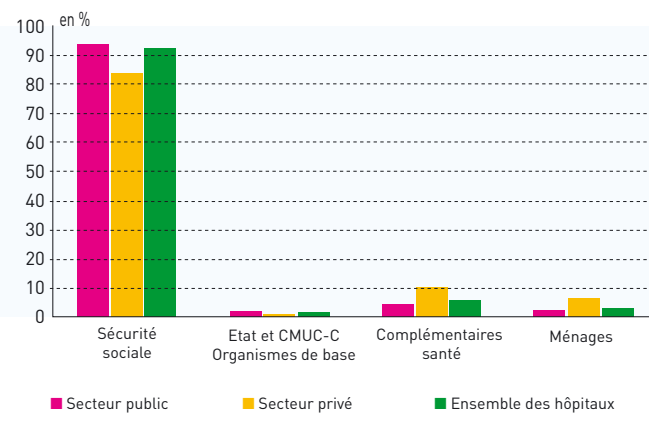
Outre le ticket modérateur et le forfait journalier, les assurances complémentaires interviennent fortement dans le financement de l'hospitalisation privée au titre des chambres particulières. Il est clair pour tous que ces ressources financent, au-delà d'un élément de confort hôtelier, les soins eux-mêmes dont le coût n'est pas équilibré par les seules recettes de l'assurance maladie.

Ce constat, surtout si on le met en perspective de l'intervention inévitablement croissante des complémentaires dans les soins hospitaliers en général, conduit à imaginer un nouveau modèle de financement faisant intervenir explicitement les complémentaires dans le financement des soins dans le champ d'accords cadres ou locaux où les cliniques offriraient en contrepartie des garanties de services aux patients concernés.

ACTION ouverture d'une négociation cadre avec les assurances complémentaires

LES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES INTERVIENNENT FORTEMENT DANS LE FINANCEMENT DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

Répartition des dépenses de santé par type de financement pour les soins hospitaliers (CNS 2008)



PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX

[4] Toutes choses égales par ailleurs, une clinique voit ses charges totales alourdies de 5 points du fait du poids de la fiscalité et des charges sociales qui pèsent sur elle, alors que les hôpitaux publics et privés associatifs en sont totalement ou partiellement exemptés.

Cette inégalité de traitement pénalise non seulement les établissements mais aussi les salariés dont les salaires bruts subissent des prélèvements supérieurs à ceux de leurs collègues du secteur public.

Traité dans le cadre de la convergence, ce constat pourrait justifier une prise en compte particulière dans le calcul des tarifs. Mais, il est peut-être préférable de porter le débat sur le terrain de l'harmonisation fiscale, les cliniques pouvant alors s'engager sous la forme de diverses contreparties relatives à l'accessibilité économique ou à l'accroissement des rémunérations de leurs collaborateurs.

ACTION renforcement de l'action de lobbying

CETTE INÉGALITÉ DE TRAITEMENT PÉNALISE NON SEULEMENT LES ÉTABLISSEMENTS MAIS AUSSI LES SALARIÉS

DIVERSIFIER L'ACTIONNARIAT DES CLINIQUES

[5] Les cliniques dont l'actionnariat est encore principalement médical se trouvent confrontées à des difficultés de transmission lorsque les médecins actionnaires fondateurs souhaitent prendre leur retraite de praticien et liquider leurs participations.

Aujourd'hui, seuls les groupes de cliniques détenus par des fonds d'investissement ont les ressources financières pour racheter les établissements concernés.

Cette dynamique de concentration ne pose pas en soi de problème dès lors qu'un nombre suffisant d'opérateurs est en concurrence. Cette situation comporte cependant deux limites.

La première tient au fait que les groupes n'ont pas, même en dehors de la période actuelle de crise qui limite l'accès au crédit, suffisamment de ressources pour répondre à l'accroissement probable du nombre d'établissements à racheter (la moitié des cliniques est aujourd'hui en dehors des groupes financiers).

La deuxième limite tient à la distance qui se crée progressivement entre les médecins qui exercent au sein de l'établissement (sans y être actionnaires) et les actionnaires : conflits de logique ou d'objectifs, désintérêt des médecins envers les contraintes de gestion

LES CLINIQUES SE TROUVENT CONFRONTÉES À DES DIFFICULTÉS DE TRANSMISSION

Ce constat conduit la FHP à s'interroger sur les moyens de faciliter l'émergence d'alternatives qui pourraient s'appuyer sur la création d'un fond d'investissement constitué par les contributions, éventuellement fiscalement aidées, provenant des médecins libéraux, l'intervention de SEM, ou l'émergence plus probable d'assureurs santé intéressés par la constitution d'une « offre propriétaire ».

A l'inverse, l'obligation de séparer strictement les activités d'assureur et d'offreur de soins, peut conduire certaines institutions (CNAMTS, Mutualité, Caisse des Mines) à se défaire ou à confier la gestion de leurs établissements à des opérateurs privés, offrant ainsi des opportunités de développement de nouvelles approches en matière de gestion privée n'impliquant pas la propriété des entreprises.

ACTION outre le recensement des opportunités, la fédération peut favoriser l'émergence de solutions nouvelles en sensibilisant les acteurs potentiels

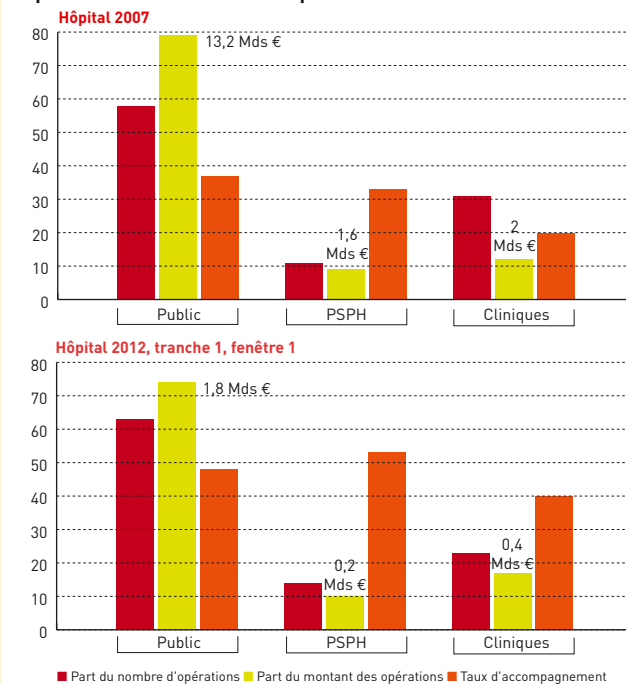
UN PLAN HÔPITAL PRIVÉ 2020

[6] L'expérience des plans de financements Hôpital 2007 et plus encore celle d'hôpital 2012 se révèlent profondément décevantes : la préférence pour le public est massive et les délais d'instruction peu compatibles avec le rythme de vie réel de l'économie.

Promouvoir un plan H 2020 à initiative privée constitue un défi passionnant pour la profession alors que les opérations de rénovation ou de restructuration à financer sont nombreuses. Il faut pour cela, mobiliser des investisseurs, mais aussi des nouveaux instruments de financement, notamment parmi ceux ouverts aux PME (loi BRUNEL)

ACTION La fédération peut être le catalyseur de cette initiative en favorisant l'accès des établissements privés à ces financements à travers notamment la négociation d'accords cadres

Répartition des financements par secteur d'activité



Ces sujets vous intéressent, participez à la réflexion collective et à l'émergence de pistes d'actions : projeteco@fhp.fr

