Paris, 2 octobre 2015 - La Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) déplore, à l'occasion de la publication du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2016, une occasion manquée d'en faire un véritable outil de pilotage au service de l'efficience économique du système de santé, permettant ainsi de revenir ainsi à une logique d'équilibre et de transparence. Les cliniques et hôpitaux privés dénoncent de plus une nouvelle atteinte préjudiciable au secteur privé, dans le cadre d'une réforme précipitée du secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR).

« On élude, on repousse, on ne change rien ou de façon cosmétique. On fait semblant de réformer en déshabillant Pierre pour habiller Paul mais sans régler les vrais problèmes . Bref, c'est un PLFSS pour rien. Encore une occasion manquée par le gouvernement d'actionner des leviers de réforme qui favorisent la qualité des soins et l'efficience médico-économique d'un système de santé englué dans une culture des déficits »
, déclare Lamine Gharbi, président de la FHP, qui regroupe 1.000 cliniques et hôpitaux privés.

Le PLFSS est un outil qui ne répond plus aux enjeux d'intérêt général et aux contraintes de moyen terme. En fixant de simples objectifs de dépenses sur des hypothèses qui se révèlent fausses chaque année, il aboutit en définitive à une reconduction et à une accumulation de déficits.

« Une vraie réforme est indispensable pour en faire une véritable loi de finances. La question se pose également du contrôle par le Parlement qui n'est aujourd'hui pas assuré. Peut-on laisser au seul arbitrage du ministère de la Santé le soin d'allouer seul aux différents acteurs de soins 180 milliards d 'euros de dépenses sociales s ur des arbitrages de court terme et sans aucune transparence »
, poursuit le président de la FHP.

Effet en trompe-l'œil

Un exemple des failles du système actuel dans la construction, le suivi et le contrôle du PLFSS est illustré par un effet en trompe-l'œil de l'évolution des tarifs pour les établissements privés et publics d'hospitalisation . Ainsi, lorsque les tarifs des établissements de santé, notamment privés, baissent , les enveloppes dites Migac (missions d'intérêt général et aides à la contractualisation, plus de 6 milliards d'euros), dont le secteur public capte 99 %, poursuivent leur augmentation :

Tarification à l'activité [1]

2011

2012

2013

2014

2015

Total période

Tarif cliniques

-0,05

\+ 0,19

-0,21

-0,24

-2,5

-2,81

Migac	(99% aux hôpitaux publics)
+	3,1
+	3,44
+	2,31
+	2,36
+	2,6
+	13,81

Ecart

16,62

Une réforme des SSR précipitée

La FHP déplore également une mise en œuvre précipitée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2016
(article 48)
de la réforme du financement des établissements de soins de
suite et de réadaptation (SSR).
La FHP demande que c
ette réforme
,
aujourd'hui
non
totalement
aboutie
sur le plan technique
,
fasse l'objet d'une expérimentation préalable.

« Nous sommes favorables à une réforme du financement des SSR et nous avons largement contribué aux travaux préparatoires à cette réforme. Mais aujourd'hui, elle pose de nombreux problèmes qui ne sont absolument pas réglés , alors qu'aucune simulation d'impact n'a été menée . Cette absence totale de visibilité économique fait ainsi peser de nombreux risques sur nos établissements
»
,

Outre des aléas techniques non résolus liés à la classification des prestations de soins (« GME »), la FHP
constate
qu'aucune simulation d'impact n'ait été communiquée aux fédérations. Le modèle proposé, qui comporte une dégressivité tarifaire et
n'organise pas de convergence intersectorielle public/privé,
présente
en outre l
e risque d'être inflationniste.

Enfin, la problématique de la description de la sévérité des patients n'est pas intégrée au modèle ,
ce qui pose la question de la prise en compte des établissements dits «
spécialisés
» ayant considérablement renforcé leur plateau technique pour prendre en charge des malades de plus en plus lourds
.

La FHP s'étonne notamment des propos du directeur de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), tenus jeudi 1er octobre, qui reconnaît lui-même que « cette réforme n'est pas achevée », ajoutant que « des travaux importants (seront à) mener avec [les fédérations] en 2016
»
.
Elle s'interroge sur la pertinence
de la mise en œuvre d'un modèle qui ne sera simulé qu'en 2016 et demande donc aux parlementaires d'inscrire le principe
raisonnable et raisonné
d'une expérimentation
préalable, avant un déploiement national.

« Cette réforme, dictée par une volonté non dissimulée de favoriser l'hôpital public au détriment du secteur privé , est vécue comme une nouvelle mesure punitive à l'encontre de notre secteur . Elle ne répon d pas aux enjeux d'efficience. D 'une part, pour conduire à une véritable convergence intersectorielle des tarifs entre étab lissements. D'autre part, pour accompagner la mutation en cours des établissements SSR qui doivent répondre à un triple défi : fluidification du parcours de soins, virage ambulatoire et prises en charge de plus en plus lourdes » , souligne le président de la FHP.

Une nouvelle occasion manquée de réformer le TJP

La fédération déplore également le maintien dans le PLFSS 2016 (article 47) du régime d'exception du tarif journalier de prestation (TJP) à l'hôpital public , que le gouvernement prévoit de prolonger jusqu'en... 2020 !

A la mise en place de la T2A, un dispositif transitoire a permis aux établissements publics de continuer à calculer le ticket modérateur de 20% réglé par l'assuré ou sa complémentaire sur la base du TJP et non sur le GHS (Groupe homogène de séjour), comme c'est le cas pour les établissements privés de santé. La FHP rappelle que la perpétuation de ce régime d'exception opaque est responsable de restes à charge importants pour les patients , et donc d'une restriction en termes d'accès aux soins pour la population. C'est aussi une iniquité de traitement manifeste, puisque les hôpitaux publics fixent eux-mêmes, en accord avec les ARS le montant de leur TJP.

Le TJP représente une surfacturation estimée en 2010 à 1 milliard d'euros par la DGOS. « On ne peut se dire préoccupé par l'accessibilité financière aux soins et laisser perdurer un tel scandale, dénoncé à de nombreuses reprises par les associations de consommateurs.

D'autant que cette manne pour les hôpitaux publics, soutirée de façon automatique et opaque aux patients, est perçue sans contrepartie en termes de services ou de prise en charge », souligne Lamine Gharbi.

Faciliter la participation plutôt que sanctionner

Le projet de loi prévoit également de renforcer la représentativité de l'Enquête nationale des coûts (ENC), à laquelle participent les établissements de soins (article 50). Toutefois, la FHP déplore que le gouvernement adopte une approche coercitive et demeure opposée à toute menace de sanction.

« Cette participation doit rester une décision autonome des établissements et faire l'objet a minima d'un financement adéquat pour faciliter leur participation », souligne Lamine Gharbi.

A propos de la FHP

La FHP regroupe 1.000 cliniques et hôpitaux privés qui assurent chaque année la prise en charge de 9 millions de patients. Environ 150.000 salariés (personnels de soins, administratifs et techniciens) travaillent dans les établissements de santé privés et 40.000 médecins y exercent. Les cliniques et hôpitaux privés prennent en charge :

- 54% des interventions chirurgicales
- près de 66% de la chirurgie ambulatoire
- 2,5 millions de passages dans 130 services d'urgences
- Un accouchement sur quatre
- Près d'un tiers (32,5%) des soins de suite et de réadaptation
- Plus de 17% des hospitalisations psychiatriques
- Près de 20% de l'activité d'hospitalisation à domicile (HAD).