



La financiarisation du capitalisme hospitalier



Laura Alles – Centre d'Economie Paris Nord –
Université Paris 13
4 octobre 2023



Session Parallèle 1 – Partenaire Médecins du
Monde - 16h45 – 18h30

Introduction (1/2) – Un secteur et des phénomènes peu étudié en France

L'hôpital privé à but lucratif : Une place conséquente

2020 (DREES, 2022) : 972 établissements : 1/3 de l'ensemble ;

24% des capacités d'accueil à temps complet ;

27 % des capacités à temps partiel : 50% de l'activité à temps partiel en MCO et 44% SSR

Mais un objet peu étudié

Sciences de Gestion : « objet non identifié » (Claveranne & Piovesan, 2003).

manque de suivi de l'administration et l'impossibilité d'opérer des évaluations relatives à la concentration du secteur (IGAS, 2012, p.33)

Opacité des informations financière

- Flux intra-groupes
- Association honoraires des médecins libéraux à l'activité de chaque clinique impossible (Cour des comptes, 2019)

Introduction (2/2) - Des évolutions toutefois mises en évidence

- La littérature de différentes disciplines a toutefois permis de mettre en avant différentes dynamiques :
- Eclatement de la structure : « nœuds de décision » de sociétés diverses (Claveranne *et al.*, 2003)
 - Taille et usage des structures : « de la clinique 'villa' à la clinique 'bloc' de trois ou quatre étages. » (Faure, 2012, p.252)
- ➔ Concentration : (Tanti-Hardouin, 1996 ; Veran, 2012; Faure, 2012)
- ➔ Financiarisation : fonds d'investissements (IGAS, 2012)

La financiarisation du secteur hospitalier aux USA

→ Une concentration précoce dès les années 1960 (Steinwald & Neuhauser, 1970)

Années 1970 : Quels effets de cette concentration sur l'efficacité productive des établissements ? Des résultats liés aux stratégies d'investissement

- Diminution des coûts de production (amélioration de la productivité)
- Augmentation des prix (Pouvoir de marché)

→ **Redistribution de bien-être vers les patients (↘ prix et/ou ↗ qualité) ou les assureurs (↘ prix)? (Schmitt, 2017)**

→ Un **développement du secteur HPBL appuyé sur des financements publics généreux** *Medicare & Medicaid* (Gray, 1991 ; Jeurissen et al., 2021)

→ Une **concentration et une financiarisation accélérées par la contrainte budgétaire** des années 1980

→ *recherche de gain de productivité par la concentration financée par les fonds d'investissements*

- Prospective payment system (Medicare)
- Concentration assurantielle et concurrence par les prix pour l'entrée dans le réseau (Dranove et Satterwaithe, 2000 ; Appelbaum & Batt, 2021)

→ Une recherche de gains de productivité des établissements financiarisés associée à une dégradation de la qualité des prises en charge

- **EHPAD (Gupta et al., 2021) → Le Scandale ORPEA** à replacer dans une dynamique de financiarisation
- **Dialyse (Erickson et al., 2019; Eliason et al., 2020)**

Le cas Français

Années 1970 → premiers groupes repérés : ALPHAMED et Groupe Bordeaux Nord Aquitaine (IGAS, 2012)

Une phénomène qui s'amplifie dans les années 1980 : Générale de Santé , OC Santé

Années 1990/2000 → Le phénomène de concentration s'ancre comme une dynamique du secteur

Années 2010 → La financiarisation soutient la concentration par phases successives d'investissement

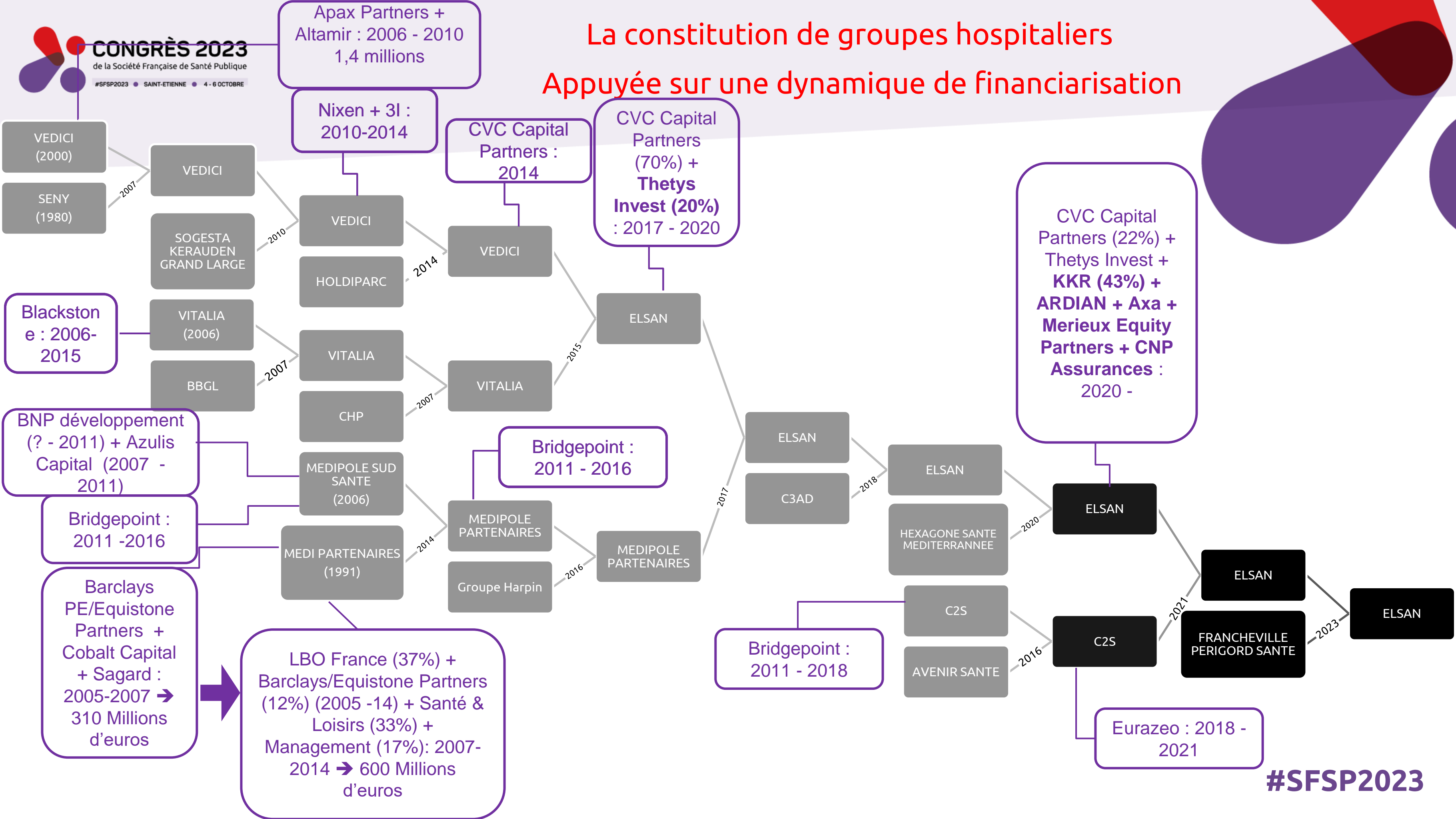
Concentration :

- 1994 (**Tanti-Hardouin 1996**) : 9 groupes - 188 établissements ; 17 953 lits = 17 % des capacités à caractère commercial (105 000 lits en 1995) et 3,4 % de l'ensemble des lits (523 529 lits en 1995)

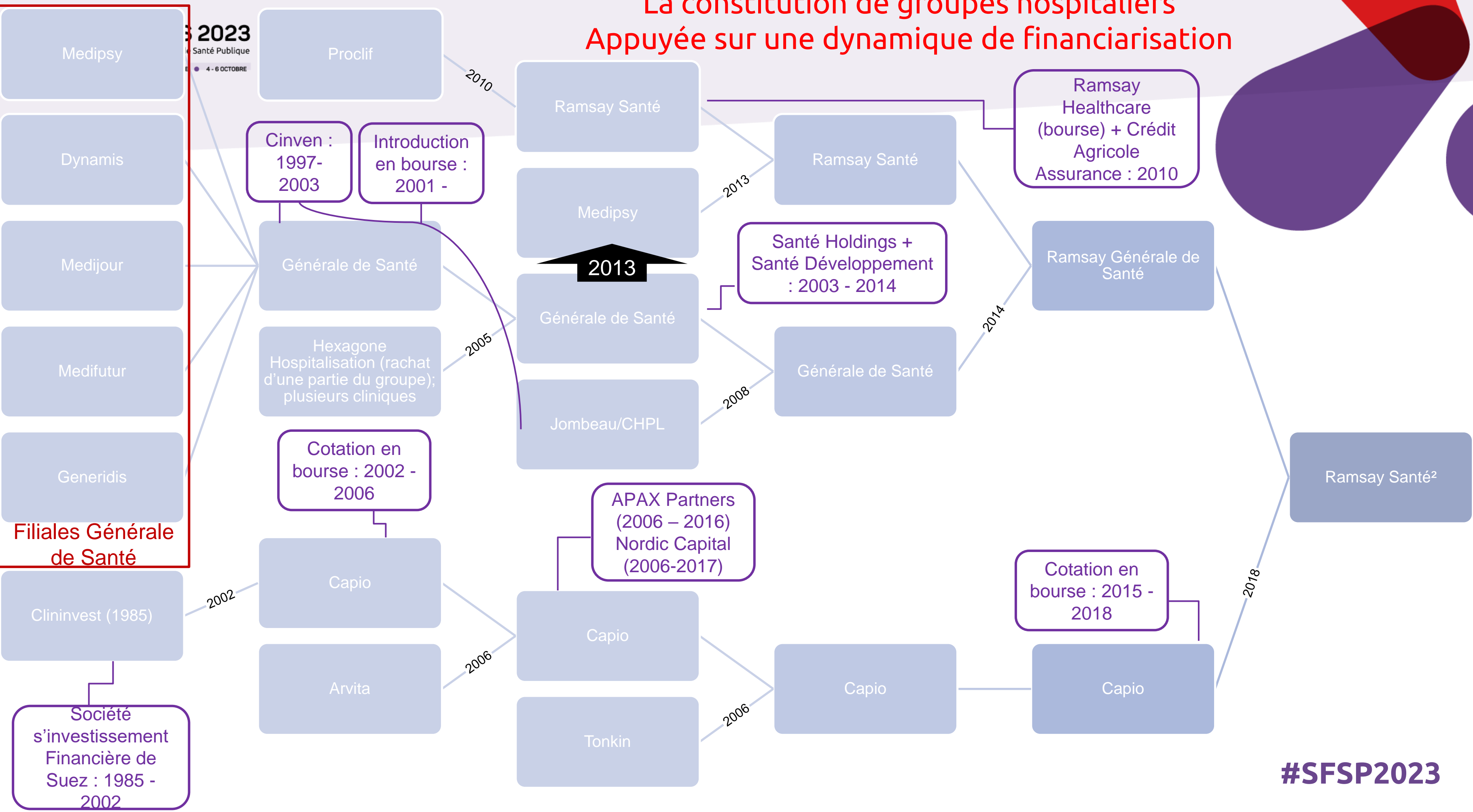
2017 (**Quadrat Etudes, 2017 ; Alles, 2019**) : 60 groupes ; 60% des établissements HPBL ; 70 % ces capacités du secteur HPBL et 17 % de l'ensemble des capacités

La constitution de groupes hospitaliers

Appuyée sur une dynamique de financiarisation



La constitution de groupes hospitaliers Appuyée sur une dynamique de financiarisation



#SFSP2023

L'assurance Maladie, entre rentabilisation et rationalisation

Développement du secteur par la solvabilisation de la Sécurité Sociale

- Financement « généreux » et préférentiels :
 - prix de journée jusqu'en 1991 // Budget Global et taux directeur de l'hôpital public

La Contrainte budgétaire comme accélérateur de la concentration à partir des années 1990

- 1991 : Un nouveau mode de tarification, l'Objectif Quantifié National (OQN)
 - 1996 : Une enveloppe budgétaire et son évolution contraintes
 - 2004 : La tarification à l'activité
- ➔ le secteur HPBL entre de gains de productivités (concentration) et besoin de financement (financiarisation)

Un secteur solvable à rationaliser

Financiarisation → un secteur solvable

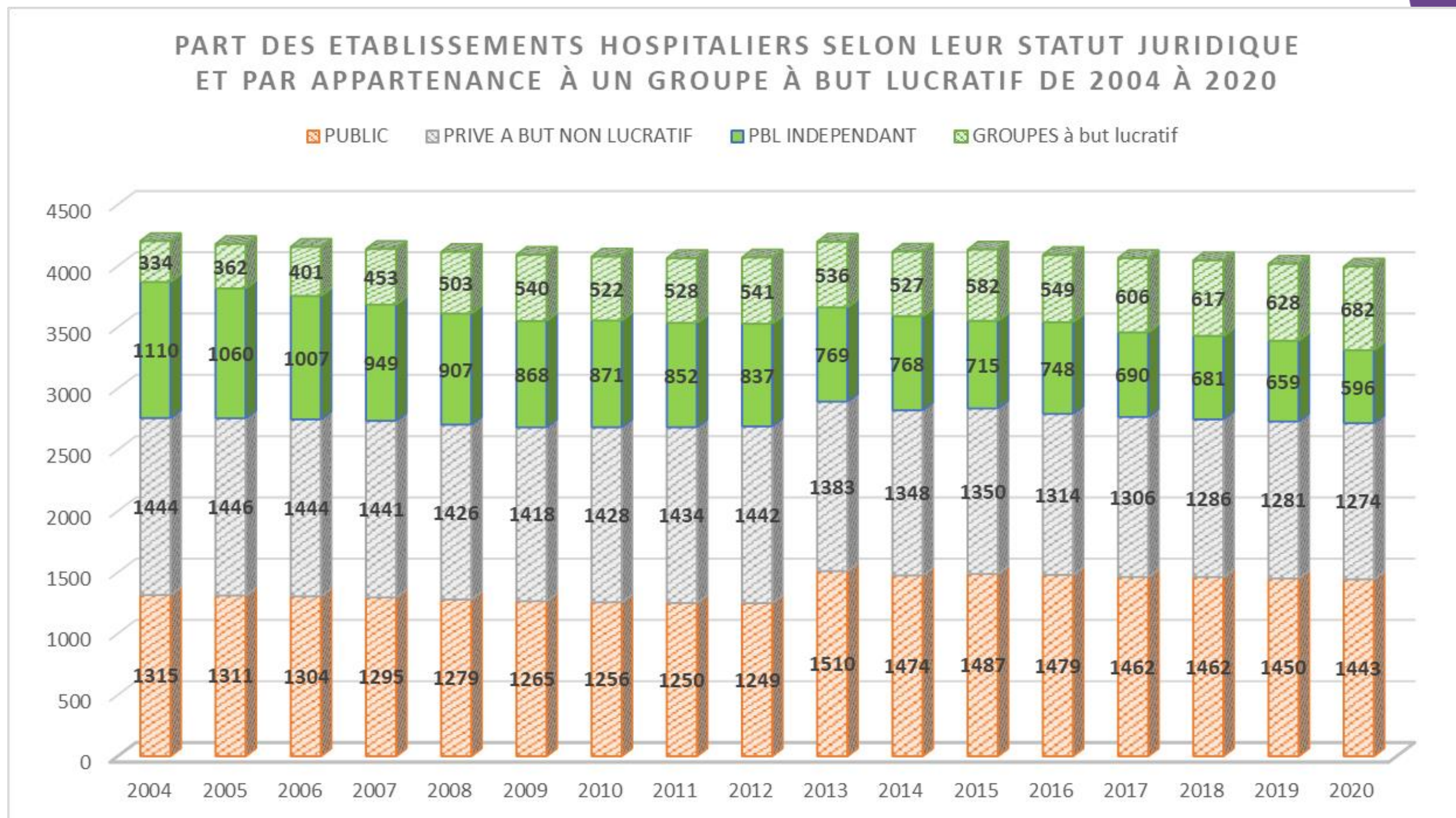
- En 2019, 88,4% des 19,65 milliards d'euros recettes du secteur hospitalier privé à but lucratif et non lucratif sans mission de service public proviennent de la sécurité sociale (DREES, 2020, p.39)
- Ramsay Santé :
 - 2021 → 90,6% du CA (produits d'activité) issus directement de la sécurité sociale (3,645 Mds €) + 5,1% de redevances de libéraux (AMO+AMC+RAC) (206 Millions) pour mise à disposition de personnels et traitement administratif (% des honoraires) (Document de référence Ramsay 2021, p.41)
 - 2019 : 88,9% 2,66 Mds de chiffre d'affaire France en 2019 issus de financements sécurité sociale directement + 5,8% de redevance des libéraux (Document de référence Ramsay, 2019, p.68)

Mais peu rentable à rationaliser → recherche de gains de productivité : les frais de personnels représentent près de 50% des coûts de production

2019 : taux de rentabilité de 2.4% - 2.2% en 2018

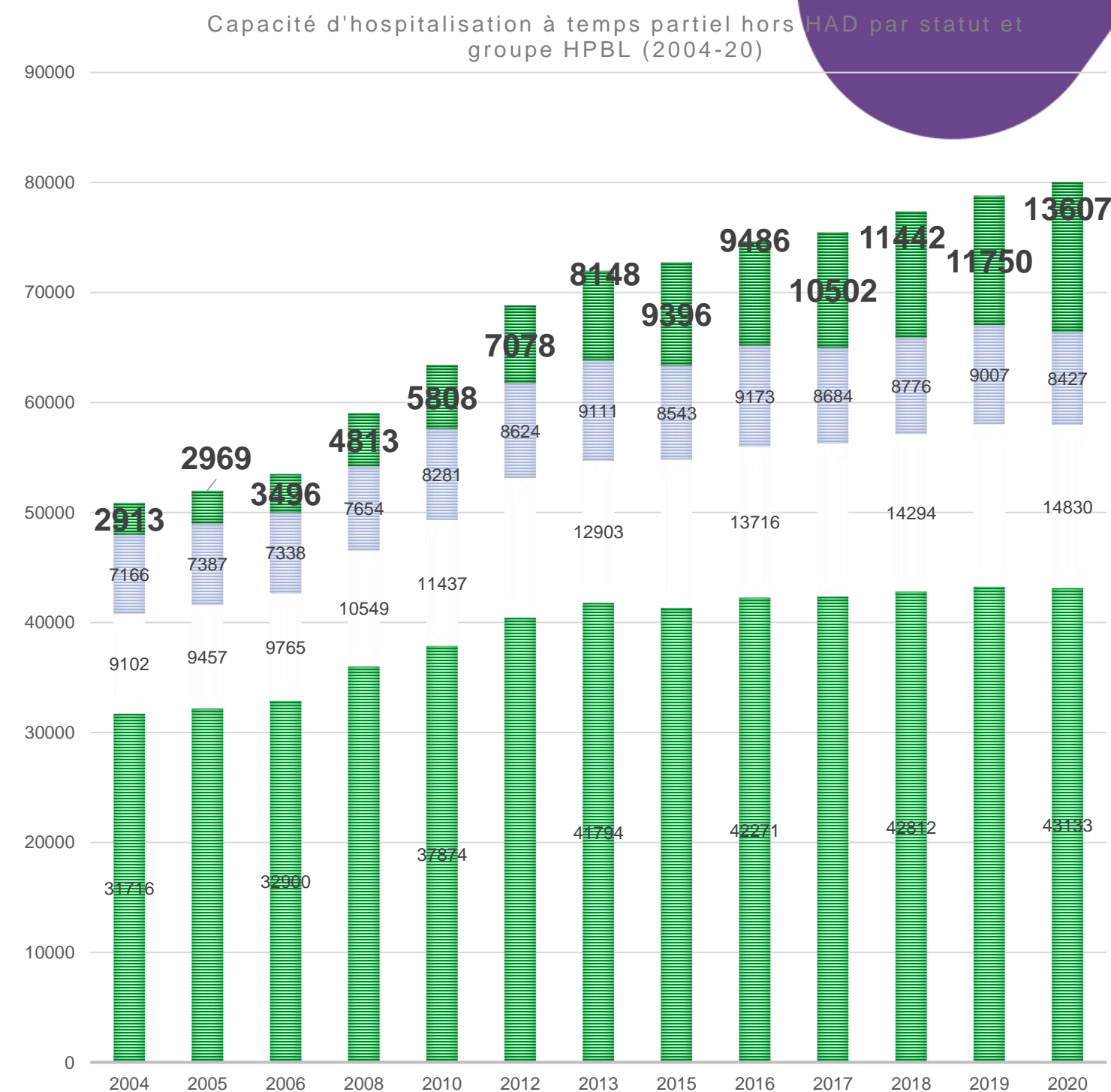
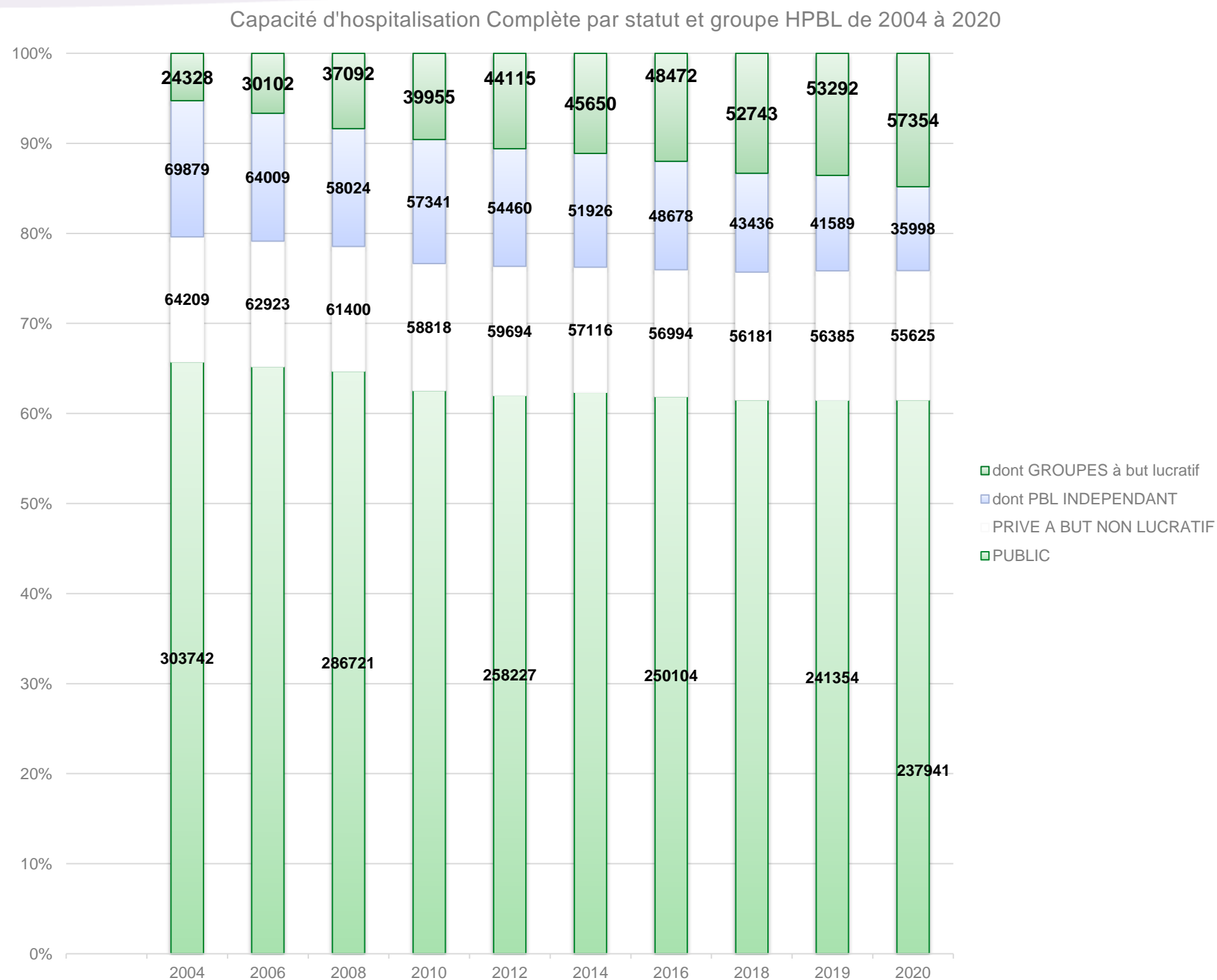
- Médecine – Chirurgie - Obstétrique : 1.8 % - 1.4% in 2018
- Soins de Suite et de Réadaptation : 3.6 % - 3.8% en 2018
- Psychiatrie : 7.8 % - 8.8% en 2018

Une mesure de la concentration du secteur hospitalier à but lucratif



Source : données SAE retraitées - DREES

Une croissance des capacités d'hospitalisation



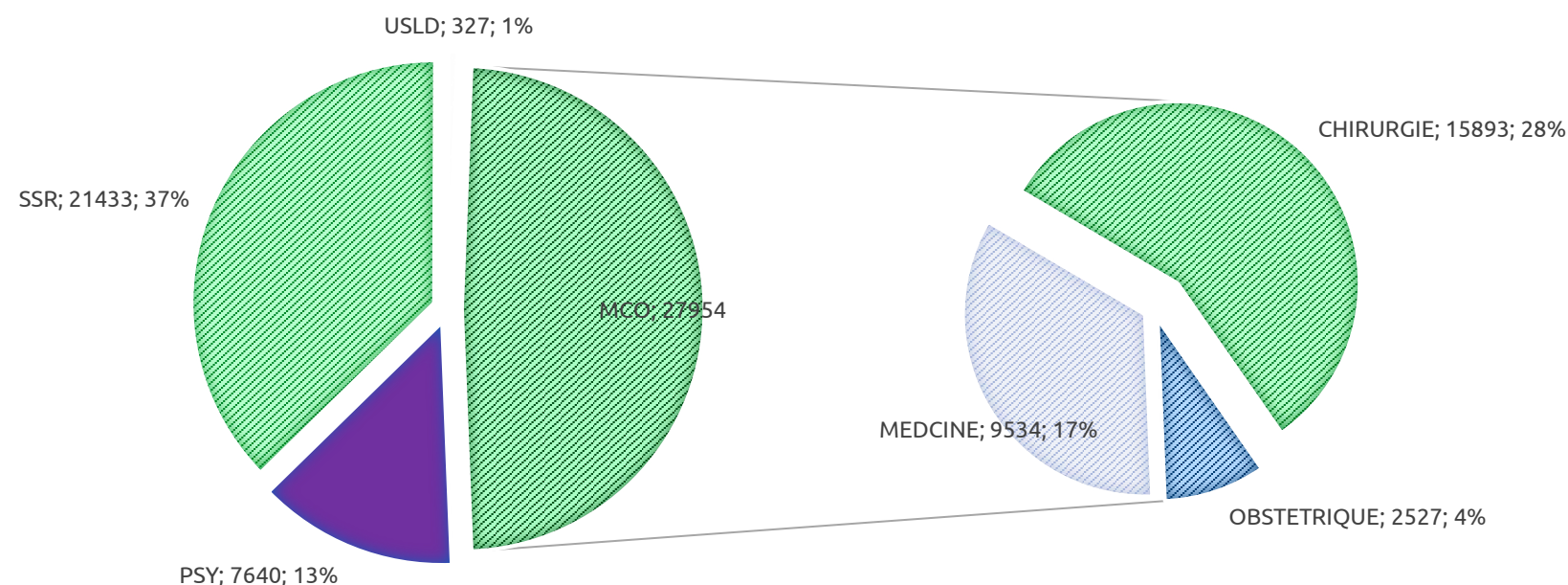
Croissance des places d'hospitalisation ambulatoire six fois plus rapide que l'ensemble des établissements

#SFSP2023

Source : données SAE retraitées - DREES

Capacités d'hospitalisation L'USLD et l'obstétrique délaissées par les groupes

CAPACITÉS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE DES GROUPES EN 2020



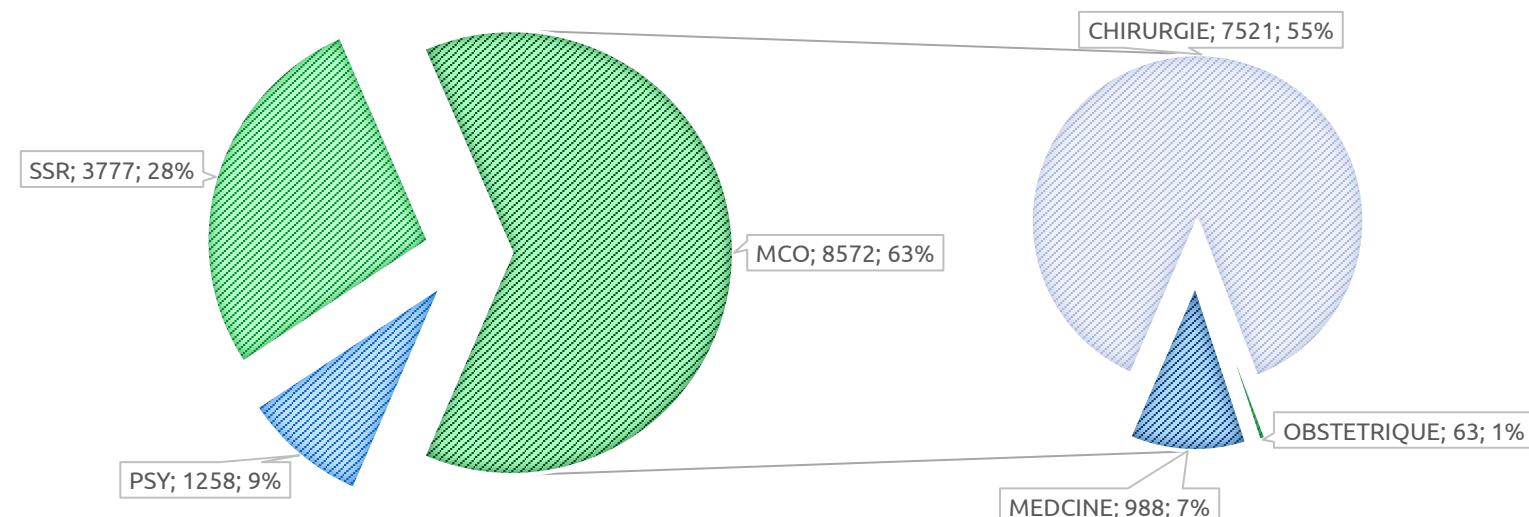
Part des capacités d'hospitalisation des groupes par discipline en 2020

	Capacités d'hospitalisation complète	Capacités d'hospitalisation partielle
MCO	27954	8572
MEDCINE	9534	988
CHIRURGIE	15893	7521
OBSTETRIQUE	2527	63
PSY	7640	1258
SSR	21433	3777
USLD	327	
Total	57 354	13 607

Une spécialisation de l'activité sur des disciplines de soin plus rentables ou rationalisables :

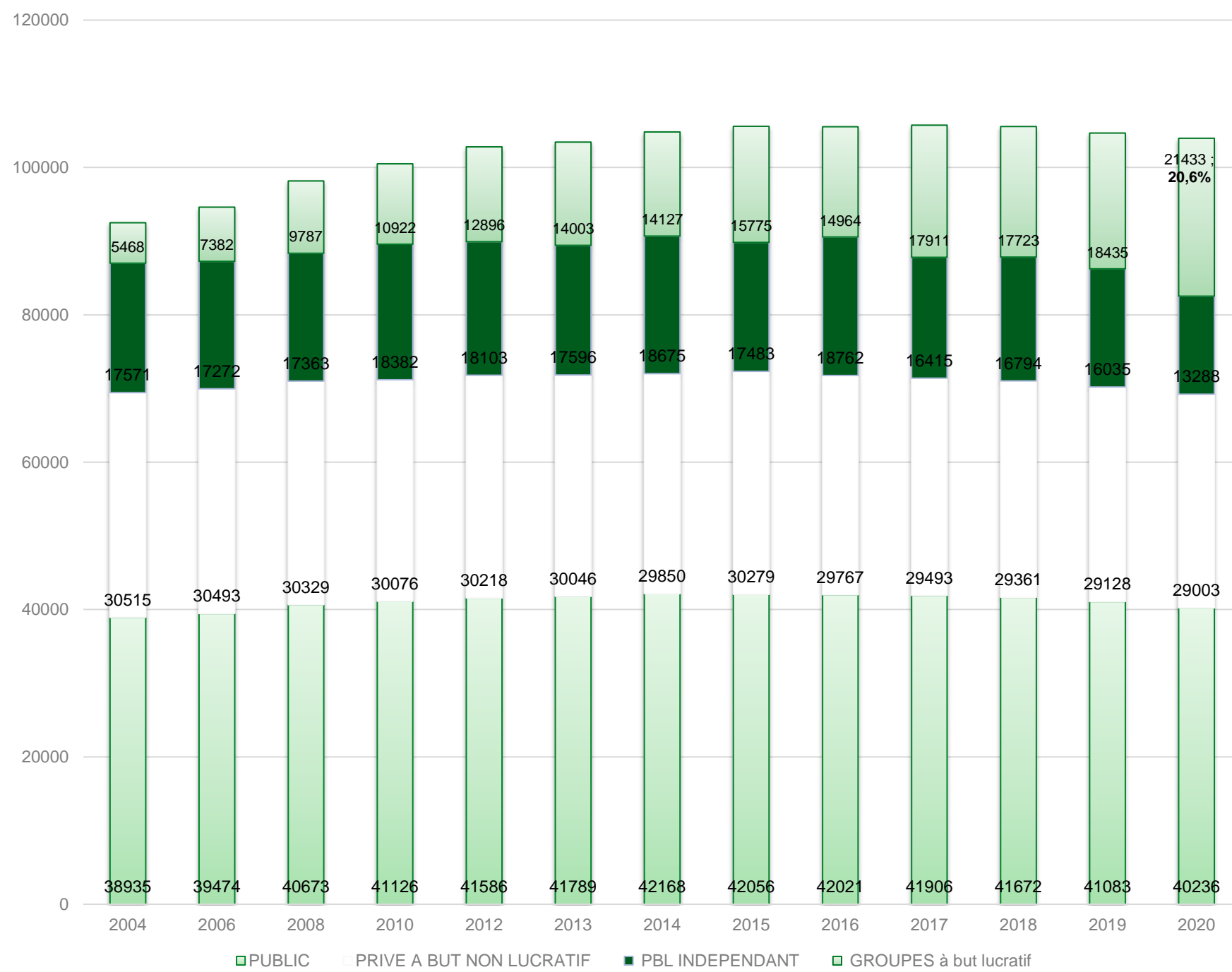
- la chirurgie ambulatoire
- le SSR (prix de journée)

CAPACITÉS D'HOSPITALISATION PARTIELLE DES GROUPES EN 2020

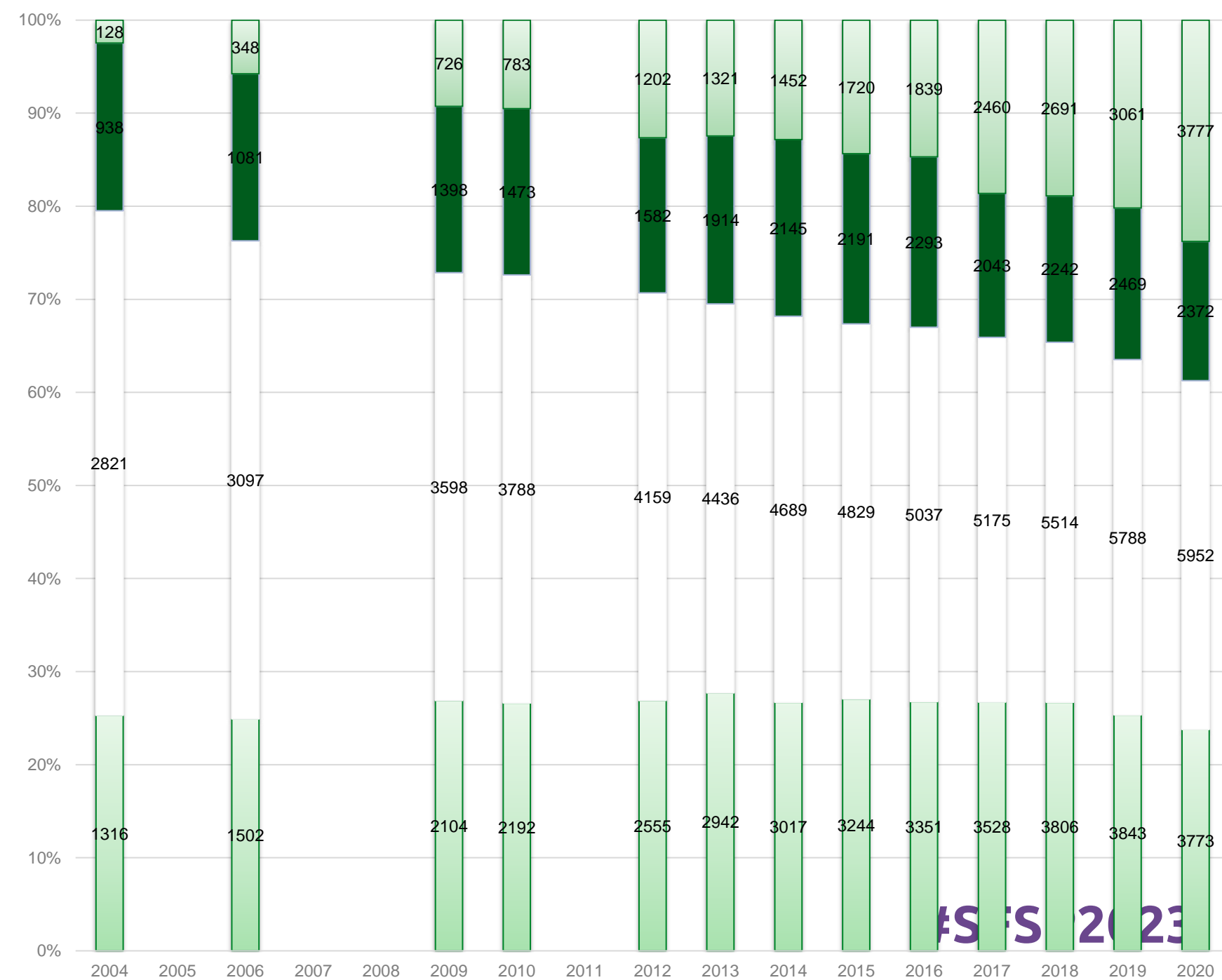


Capacités d'accueil : Les groupes HPBL, seule voie de croissance des capacités de SSR à temps complet

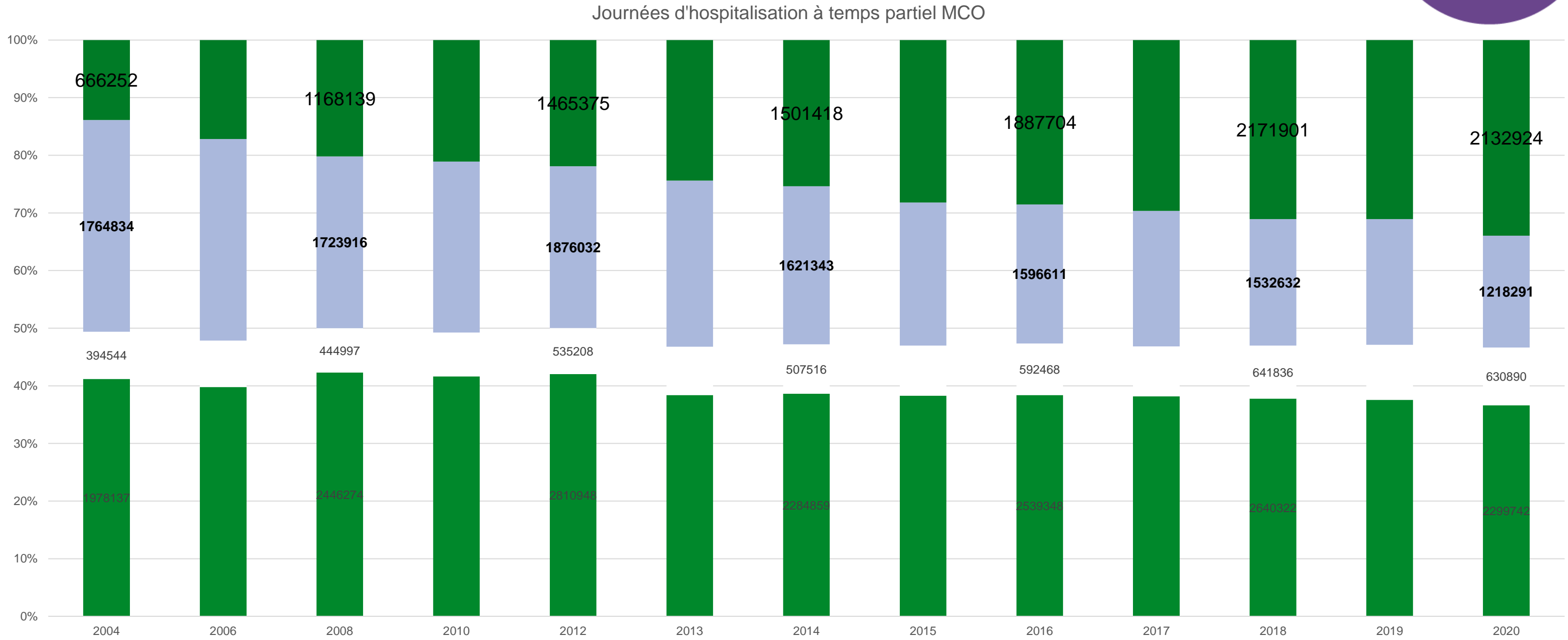
Capacité d'hospitalisation à temps complet SSR par statut juridique, groupe HPBL de 2004 à 2020



Capacité d'hospitalisation à temps partiel SSR par statut, groupe de 2004-20

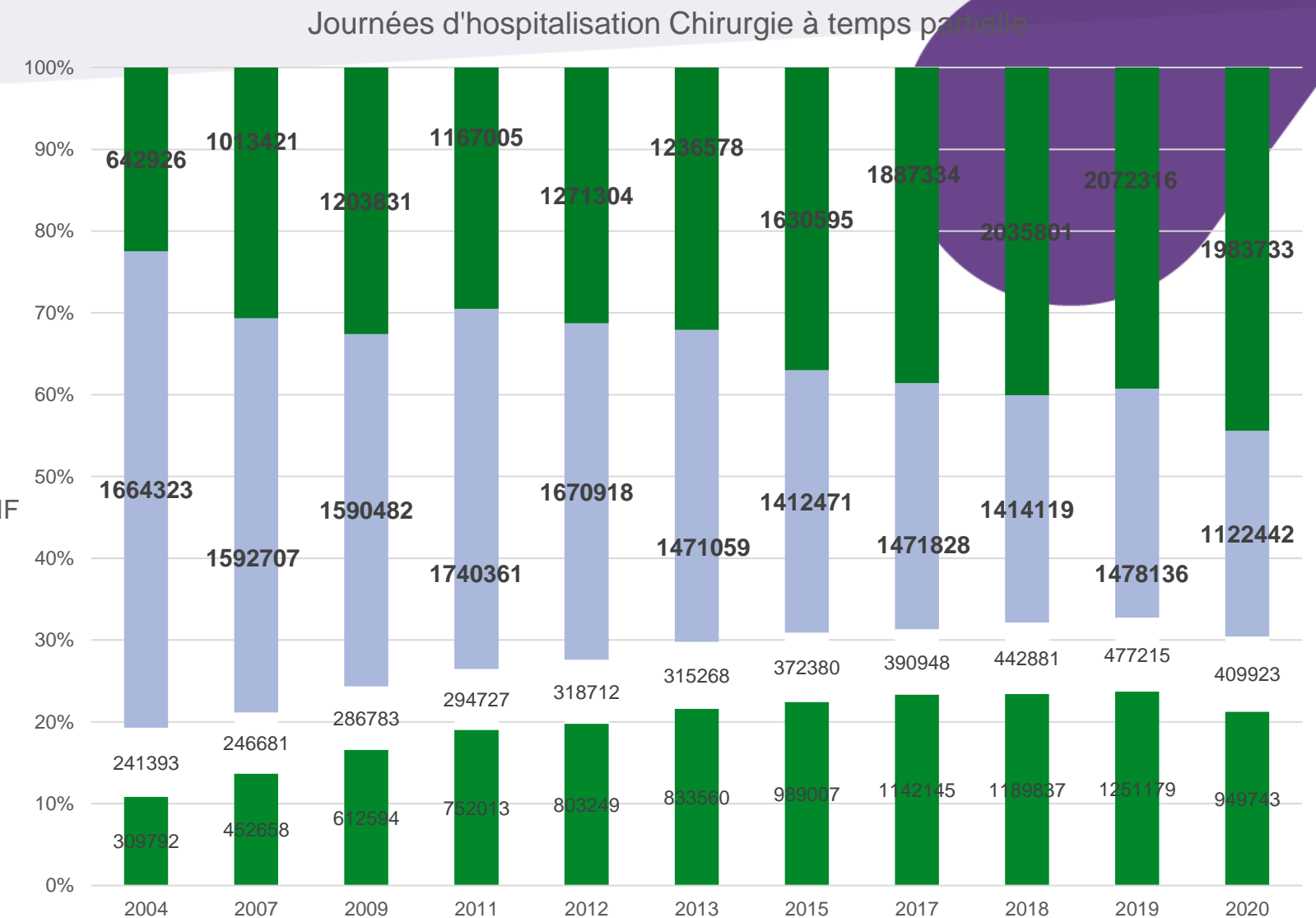
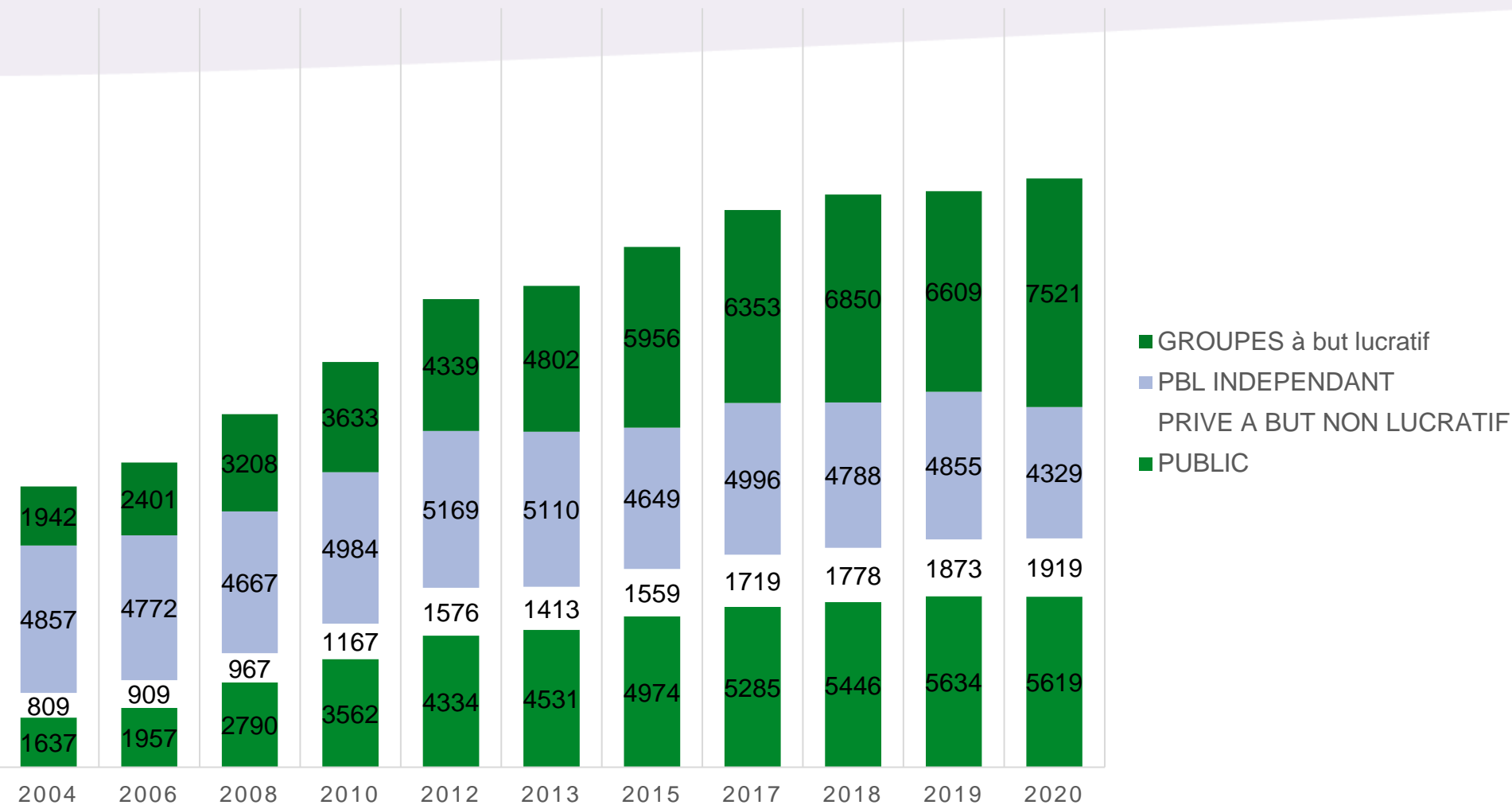


L'activité - Les groupes représentent 34% de l'activité partielle MCO en 2020



Un chiffre tiré par la chirurgie ambulatoire

CAPACITÉ D'HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL CHIRURGIE PAR STATUT ET GROUPE



Capacité d'accueil(nombre de places) et activité (jours d'hospitalisation) de chirurgie à temps partiel

	2004		2012		2013		2018		2019		2020	
TOTAL	9245	2858434	15418	4064183	15856	3856465	18862	5082638	18971	5278846	19388	4465841
PUBLIC	17,71%	10,84%	28,11%	19,76%	28,58%	21,61%	28,87%	23,41%	29,70%	23,70%	28,98%	21,27%
PRIVE A BUT NON LUCRATIF	8,75%	8,44%	10,22%	7,84%	8,91%	8,18%	9,43%	8,71%	9,87%	9,04%	9,90%	9,18%
TOTAL PRIVE A BUT LUCRATIF	73,54%	80,72%	61,67%	72,39%	62,51%	70,21%	61,70%	67,88%	60,43%	67,26%	61,12%	69,55%
PBL INDEPENDANT	52,54%	58,22%	33,53%	41,11%	32,23%	38,15%	25,38%	27,82%	25,59%	28,00%	22,33%	25,13%
GROUPES à but lucratif	21,01%	22,49%	28,14%	31,28%	30,29%	32,07%	36,32%	40,05%	34,84%	39,26%	38,79%	44,42%

Activité 2020



10,54%



9,05%



4,89%

L'activité des groupes de SSR

Les groupes représentent 22% de l'activité SSR à temps complet en 2020.

4 groupes réalisent 68% de l'activité SSR complet des groupes et 15 % de l'ensemble tout statut confondus

- CLINEA (ORPEA) : 7,83%



- KORIAN : 3,74%



- RAMSAY SANTE : 1,77%



- LNA SANTE : 1,71%



- ELSAN : 0,95%



Les groupes représentent 26% de l'activité SSR à temps partiel en 2020.

5 groupes réalisent 73% de l'activité SSR complet des groupes et 17,3 % de l'ensemble tout statut confondus

- CLINEA (ORPEA) : 6,0%



- RAMSAY SANTE : 4,8%



- KORIAN : 3,8%



- LNA SANTE : 2,7%



- ELSAN : 1,8%



- ➔ Définition du marché : mesure de la concentration du secteur hospitalier à but lucratif par l'Autorité de la concurrence sur l'ensemble du secteur hospitalier **sans distinction de statut**
 - par discipline, sous-discipline et GHM
- ➔ Une équivalence publique/privé construite qui accentue la concentration ➔ différences patientèle ignorées

« **Qu'ils soient publics, privés à but non lucratif ou privés à but lucratif**, les établissements de santé ont **vocation à accueillir tous les patients sans aucune considération économique ou sociale**. Bien que différant par leurs modes de financement respectifs et par certaines missions propres au service public, les établissements de santé, publics et privés, ont la **même finalité**, qui est, [...], « de dispenser, avec ou sans

hébergement, des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, en médecine, chirurgie, obstétrique... ».

Par ailleurs, **l'offre de soins hospitaliers globale est régulée à l'échelon régional**, qui constitue le noyau central de la politique hospitalière. Les Agences régionales de l'hospitalisation [à travers] la carte sanitaire [...] détermine [...] l'importance des équipements à mettre en œuvre pour **répondre aux besoins de la population** [et] organise à l'intérieur de chaque région et secteur la répartition géographique des installations (lits, places et équipements matériels lourds) ou des activités de soins. Elle fixe des indices de besoins pour certaines disciplines et certains équipements matériels lourds [...]. La **complémentarité** entre établissements de santé publics et privés est recherchée par une organisation graduée des établissements et le développement de réseaux de soins pour des pathologies ou activités spécifiques. [...]

Il convient enfin de préciser que tous les établissements de santé sont tenus au respect des **mêmes normes en matière d'hygiène et de sécurité**. Ils sont également soumis aux mêmes critères de démarche qualité par le biais de l'accréditation par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Dès lors, il est admis que, bien que de statuts juridiques différents, il n'y a pas lieu de segmenter le marché de l'offre de soins hospitalier, avec ou sans hébergement, selon que les établissements de santé sont publics, privés à but non lucratif ou privés à but lucratif.

« La réglementation précitée délimite, certes, les grandes disciplines nécessaires à la ventilation de l'offre de soins. Mais, si l'attribution du nombre de lits est globale pour chacune des grandes disciplines, l'établissement de santé dispose d'une autonomie certaine pour pourvoir en lits et places chacune des spécialités qu'il offre, dans la limite du contingent global autorisé. [...]

Toutes ces spécialités ne sont pas substituables, et tous les établissements de santé [...] n'offrent pas l'ensemble des spécialités [...] de chaque discipline. [...]

Certaines spécialités font en outre l'objet d'une autorisation d'activité par les ARH. [...]

Dès lors, il est possible d'envisager une définition des différents marchés de service de soins comme autant de spécialités médicales dispensées. »

BOCCRF n° 2003-05 -Lettre du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie en date du 14 novembre 2002, au conseil de la société Médi-Partenaires, relative à une concentration dans le secteur des établissements de soins en France

« En effet, le patient est libre de choisir son établissement, public ou privé, **sans considération économique, dans la mesure où le remboursement des soins ne dépend pas du statut de l'établissement** dans lequel ils ont été dispensés. De plus, la généralisation à l'ensemble des établissements publics et privés du mode de financement constitué par la tarification à l'activité (dite « T2A »), d'une part, et le recours des patients à des **assurances complémentaires**, d'autre part, tendent à accroître **la liberté de choix des patients** quant à l'établissement dans lequel ils souhaitent être soignés. »

Décision n° 17-DCC-95 du 23 juin 2017 relative à la prise de contrôle exclusif du groupe MédiPôle Partenaires par le groupe Elsan

Un taux d'encadrement des patients en MCO hospitalisation complète et partielle plus faible que le reste des secteur pour les Infirmières et les Aides-Soignantes

Temps de soignant par patient = **ETP*1607/JOURNEES**

Taux d'encadrement																											
Temps de soignant par patient MCO en hospitalisation complète + partiel																											
	2004			2007			2010			2012			2013			2015			2017			2019			2020		
	INF	AS	ASH	INF	AS	ASH	INF	AS	ASH	INF	AS	ASH	INF	AS	ASH	INF	AS	ASH	INF	AS	ASH	INF	AS	ASH	INF	AS	ASH
TOTAL	2,97	2,50	0,80	3,16	2,58	0,81	3,36	2,72	0,83	3,53	2,79	0,81	4,85	3,45	1,11	4,99	3,48	1,06	5,17	3,52	1,10	5,33	3,55	1,10	5,63	3,68	1,20
PUB	3,16	2,85	0,67	3,26	2,85	0,66	3,42	2,98	0,71	3,62	3,12	0,70	5,20	3,94	1,04	5,30	3,96	0,96	5,47	4,01	0,99	5,57	4,03	1,03	5,69	4,10	1,07
PBNL	3,21	2,10	1,13	3,48	2,28	1,19	4,11	2,60	1,13	3,84	2,24	0,96	5,25	2,68	1,39	5,34	2,54	1,37	5,44	2,65	1,41	5,68	2,69	1,29	6,53	3,05	1,57
PBLI	2,35	1,79	0,99	2,65	1,87	0,98	2,86	1,93	0,99	3,19	2,04	1,11	3,85	2,24	1,16	4,07	2,17	1,18	4,35	2,19	1,32	4,60	2,20	1,33	5,30	2,43	1,39
GROUPE	2,64	1,85	1,04	2,91	2,03	1,16	3,04	2,08	1,12	3,17	2,04	1,08	3,67	2,28	1,25	3,89	2,31	1,30	4,15	2,31	1,31	4,46	2,35	1,24	5,08	2,58	1,49

Source : échantillon données SAE retraitées - DREES

#SFSP2023

L'hôpital financiarisé, un acteur de l'offre de santé publique comme les autres?

« Lamine Gharbi : Un dernier mot monsieur le ministre, pourriez-vous dire que vous êtes aussi le ministre des cliniques privées ?

Aurélien Rousseau : Je suis le ministre de l'hospitalisation publique, de l'hospitalisation privée, et je **crois qu'il faut avoir aucun doute sur le fait que je suis d'abord le ministre de l'offre de santé publique, et dans cette offre de santé publique, l'hôpital public et privé, la médecine de ville, c'est [...] sur toutes ces jambes qu'on marche simultanément**, donc oui je suis aussi fier d'être le ministre de l'hospitalisation privée. »

Echange entre Aurélien Rousseau, ministre de la santé et Lamine Gharbi, président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (à but lucratif), président du groupe hospitalier CAP SANTE

Rencontres de la FHP, 21 septembre 2023

La participation d'un acteur privé financiarisé dans le système de soins : quels impacts ?

Organisation du système de soins sur des objectifs de stratégie économique des sociétés :

- Sélection des activités, des territoires → risque pour l'accès aux soins
- Organisation du secteur laissée au marché et à la finance → Régulation limitée
 - Médecine de ville : Usage opportun des déserts médicaux résultant de l'absence de régulation du secteur de soins primaires
 - Dévoiement de la logique de non-lucrativité des centres de santé et réinsertion dans un modèle lucratif hospitalier
 - Tri économique/pathologique/gravité au moment de l'adressage des patients (Gaudillère et Juven, 2022)
- Mise en équivalence et Concurrence avec le secteur public → caractéristiques de développement et d'exercice différentes

Merçi de votre attention !

Laura Alles – Centre d'Economie Paris Nord – Université Paris 13

[laura.alles01\[at\]gmail.com](mailto:laura.alles01[at]gmail.com)

Bibliographie Indicative

- Appelbaum, E., & Batt, R. (2021). Financialization in Health Care : The Transformation of US Hospital Systems.
- Appelbaum, E., & Batt, R. (2020). *Private Equity Buyouts in Healthcare : Who Wins, Who Loses?* (SSRN Scholarly Paper ID 3593887). Social Science Research Network.
- Claveranne, J.-P., & Piovesan, D. (2003). La clinique privée, un objet de gestion non identifié. *Revue française de gestion*, 29(146), 143-153. <https://doi.org/10.3166/rfg.146.143-153>
- Claveranne, J.-P., Piovesan, D., & Pascal, C. (2004). Les restructurations des cliniques privées : Adaptations, évolutions et métamorphoses. *Regards de la FHP*, 23, 36.
- DREES. (2023). *Les Dépenses de Santé 2020—Résultats des Comptes de la Santé—Edition 2023* (PANORAMAS).
- DREES. (2021). *Les établissements de santé—Panorama de la DREES - Edition 2021* (p. 216).
- Eliason, P. J., Heebsh, B., McDevitt, R. C., & Roberts, J. W. (2020). How Acquisitions Affect Firm Behavior and Performance : Evidence from the Dialysis Industry*. *The Quarterly Journal of Economics*, 135(1), 221-267. <https://doi.org/10.1093/qje/qjz034>
- Faure, O., & Dessertine, D. (2012). *Les Cliniques privées : Deux siècles de succès*. PU Rennes.
- Gupta, A., Howell, S. T., Yannelis, C., & Gupta, A. (2021). *Does Private Equity Investment in Healthcare Benefit Patients? Evidence from Nursing Homes* (Working Paper 28474; Working Paper Series). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w28474>
- IGAS. (2012). *Fusions et regroupements hospitaliers bilan 15 dernières années*. IGAS.
- Jeurissen, P. P. T., Kruse, F. M., Busse, R., Himmelstein, D. U., Mossialos, E., & Woolhandler, S. (2021). For-Profit Hospitals Have Thrived Because of Generous Public Reimbursement Schemes, Not Greater Efficiency : A Multi-Country Case Study. *International Journal of Health Services*, 51(1), 67-89. <https://doi.org/10.1177/0020731420966976>
- Tanti-Hardouin, N. (1996). *L'hospitalisation privée : Crise identitaire et mutation sectorielle*. La Documentation Française.
- Veran, L. (2012). *La performance financière des cliniques privées entre déterminants invariants et contingents : Étude de 463 cliniques privées françaises de court séjour* [These de doctorat, Lyon 3]. <http://theses.fr/2012LYO30023>