



FHP-MCO
Syndicat national
des 540 établissements
de santé privés exerçant
une activité en Médecine,
Chirurgie, Obstétrique.
FHP-MCO
106, rue d'Amsterdam,
75009 Paris
fhpmco.fr

Depuis le terrain
Prise en charge innovante :
4 acteurs de l'HAD racontent p. 2-3

Liste en sus
La gestion n'est
ni stabilisée ni
consensuelle p. 4

Hospitalisation privée
Des indicateurs
économiques aggravés
p. 4

L'hospitalisation à domicile une activité à part entière

Notre
dossier

LIRE P. 2 À 4
LES POINTS DE VUE
D'EXPERTS

Devenue un pilier du système de santé, l'HAD est une alternative efficace à l'hôpital saturé, elle délivre des soins complexes et coordonnés à domicile. Mais l'attractivité du modèle et la coopération avec l'ensemble des acteurs restent des défis.

DS
BREF

L'HAD en chiffres

281

établissements d'HAD
ont pris en charge
184 526 patients
en 2024 : + 10 %
par rapport à 2023

6,1 %

Le nombre de
journées réalisées
a progressé de 6,1 %.
La durée moyenne
de séjour a diminué
de 25 à 23 jours

1,94

L'HAD représente
un coût global
de 1,94 Md€. Le
coût moyen d'une
journée en HAD pour
l'Assurance maladie
s'élève à 255,6 €
SOURCE : FNEHAD, 2025

Cadrage

HAD : les grandes étapes

Le développement de l'HAD repose sur une succession de réformes, de cadres réglementaires et de feuilles de route qui ont structuré cette activité depuis plus de vingt ans.

La loi hospitalière de 1991 reconnaît cette modalité comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. **Les ordonnances de 2003** et la réforme de la tarification à l'activité (T2A) intègrent progressivement l'HAD dans le financement hospitalier de droit commun. Cette reconnaissance financière contribue à accélérer son déploiement sur le territoire. **En 2013, une circulaire** élargit les capacités de prise en charge de l'HAD et encourage son développement au sein des parcours de soins. Les établissements sont alors incités à développer des alternatives à l'hospitalisation complète dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé et de tension croissante sur les capacités hospitalières.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 renforce cette dynamique.

L'HAD devient progressivement un outil de fluidification des parcours, notamment pour les personnes âgées, les patients atteints de maladies chroniques ou nécessitant des soins palliatifs.

Le Covid marque un tournant

Durant l'épidémie de Covid-19, l'HAD démontre sa capacité à prendre en charge des patients lourds à domicile, à désengorger les établissements et à assurer une continuité des soins dans des conditions exceptionnelles. Cette période contribue à modifier durablement le regard porté sur cette activité.

En 2021, le ministère de la Santé lance **la première feuille de route nationale dédiée à l'HAD pour la période 2021-2026**. Ce document fixe plusieurs priorités : renforcer l'accès territorial, développer les prises en charge complexes, améliorer la coopération avec la médecine de ville et les établissements de santé, ou encore moderniser les outils numériques et les organisations. Parallèlement, la Haute autorité de santé et les agences régionales de santé élaborent progressivement des référentiels de qualité et de pertinence afin d'harmoniser les pratiques et de sécuriser les prises en charge.

Une nouvelle feuille de route nationale couvrant la période 2027-2030 sera présentée à l'automne prochain.



ÉDITO

Un cap historique

L'hospitalisation à domicile franchit un cap historique avec plus de 200 000 patients pris en charge, contre 35 000 il y a vingt ans. Elle s'impose désormais comme une composante essentielle du système de santé français. Face au vieillissement de la population et à la saturation hospitalière, l'HAD apporte une réponse structurante et efficiente.

Cette prise en charge hospitalière, complexe, pluridisciplinaire et coordonnée, est aussi plébiscitée par les patients. Maintenus dans leur environnement familial, ils vivent autrement la maladie et deviennent pleinement acteurs de leur parcours de soins.

Des défis persistent : attractivité des métiers, meilleure connaissance des prises en charge, adaptation des critères d'éligibilité. Le maintien d'un coefficient prudentiel appliqué à l'enveloppe financière de l'HAD parce que l'activité progresse, envoie un signal contradictoire.

La montée en puissance de l'HAD suppose enfin une mobilisation commune des établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés, et de la médecine de ville.

Frédérique Gama
Présidente de la FHP-MCO





Un fort potentiel de développement

DR ÉLISABETH HUBERT, PRÉSIDENTE DE LA FNEHAD



L'Hospitalisation à domicile est une prise en charge de nature hospitalière à la fois complexe, pluridisciplinaire et coordonnée au domicile du patient, le mot « domicile » pouvant bien sûr être entendu au sein d'un EHPAD ou un autre établissement médico-social. Les prises en charge sont variées, d'où une nécessaire polyvalence de l'HAD : chimiothérapies, transfusions sanguines, soins palliatifs, pansements complexes, traitements par voie intraveineuse, ou encore rééducation neurologique ou orthopédique. Les soins palliatifs et les pansements complexes représentent plus de la moitié de notre activité.

Désengorger les services d'urgences

L'HAD a un rôle essentiel à jouer pour éviter des passages aux urgences, notamment pour les personnes fragiles. Plusieurs dispositifs innovants ont été mis en place. Le SMU-HAD autorise l'intervention des équipes HAD directement sur appel du SAMU-Centre 15. Ce système permet de gérer les décompensations dues à des pathologies chroniques ou des douleurs aiguës des résidents des EHPAD. Sur un an et au sein d'une seule région, ce dispositif a pris en charge 123 patients directement en HAD, évitant ainsi un passage aux urgences et une éventuelle hospitalisation.

Une autre expérimentation est la présence d'un infirmier ou d'une infirmière de l'HAD directement au sein des services d'urgences. Au CHU de Nîmes, en réorientant directement les patients éligibles vers le domicile, un seul équivalent temps plein d'IDE a permis d'éviter 221 hospitalisations en MCO en 2024. Enfin, des dispositifs comme les évaluations anticipées en EHPAD, les astreintes infirmières mutualisées la nuit ou les Équipes rapides d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) permettent d'intervenir en amont de la crise et d'éviter un recours à l'hôpital.

Il y a donc une marge de progression importante pour intégrer l'HAD comme une solution de fluidification des parcours pour les patients hospitalisés dans le secteur privé.

Un forfait chimio expérimenté pendant trois ans

Concrètement, ces établissements autorisés pour le traitement du cancer perçoivent une rémunération forfaitaire pour leur appui et la mise à disposition de leur expertise lors de cet adressage en HAD. Pour un patient suivi pendant quatre mois, l'établissement prescripteur recevra un total de 680 euros. L'appel à manifestation d'intérêt en 2024 a suscité un fort engouement avec 147 candidats. 129 établissements ont été retenus dont 12 établissements privés. Une deuxième vague de candidatures a été ouverte en 2026 par le ministère de la Santé.

Établissements privés : une marge de progression

Je précise que la rémunération à l'activité est strictement identique, quel que soit le statut de l'établissement d'HAD. En 2024, en dépit d'un casemix certes peut-être légèrement différent des autres établissements, seuls 13,58 % des patients adressés en HAD provenaient de cliniques privées MCO. Pourtant, le secteur privé représente 22 % des établissements d'HAD et réalise 22 % de l'activité totale. Il y a donc une marge de progression importante pour intégrer l'HAD comme une solution de fluidification des parcours pour les patients hospitalisés dans le secteur privé. Renforcer ces partenariats est une priorité pour que l'HAD prenne toute sa place et contribue encore davantage à l'efficacité de notre système de santé.



Passage de relais à la tête de la Fédération nationale des établissements d'HAD (FNEHAD). Après vingt ans d'une même présidence qui a vu le secteur se transformer, Marguerite Cazeneuve (à droite), ex-numéro 2 de la Cnam, succède au Dr Elisabeth Hubert comme présidente de la FNEHAD.

Photo ©FNEHAD - Quentin Crestinu



DS
BREF

Le taux de recours moyen français en HAD est de 30,89 patients pour 100 000 habitants. En tête, la Guadeloupe (127,75) ; en dernier la Haute-Normandie (17,48)

Des prises en charge variées

- chimiothérapie
- transfusion sanguine
- soins palliatifs
- pansements complexes
- nursing lourd
- traitement IV
- surveillance post chimio
- réhabilitation post chirurgie
- surveillance de grossesse à risque
- rééducation ortho et neuro
- nutrition
- etc.

Autorisation : 3 mentions

Une mention socle : HAD polyvalente

- mention « réadaptation »
- mention « ante et post partum »
- mention « enfants de moins de 3 ans »

SOURCE : FNEHAD, 2025



Miser sur des prises en charge innovantes

LAETITIA BERNADOU, DIRECTRICE DE BÉZIERS HAD (34), RÉFÉRENTE NATIONALE HAD DE LA FHP ET DÉLÉGUÉE RÉGIONALE POUR LA FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS D'HAD (FNEHAD)



Créée en 2009 à l'initiative de deux cliniques du territoire, Béziers HAD travaille exclusivement avec les infirmiers libéraux locaux. La structure couvre aujourd'hui un large spectre de prises en charge même si plus de 50 % de notre activité concerne les soins palliatifs. Nous connaissons une montée en charge constante en technicité.

L'HAD requiert à la fois une formation technique et humaine : maîtrise des gestes médicaux, accompagnement des proches. De même, par exemple, les pansements complexes nécessitent des apprentissages particuliers tels que l'utilisation des thérapies par pression négative. L'activité d'HAD apporte l'expertise hospitalière au domicile.

Le patient maintenu dans un environnement familial développe une expérience différente de la maladie. Il est acteur de sa prise en charge.

Béziers HAD a ainsi développé la prise en charge en sortie des urgences. En 2024, dans le cadre du plan national soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie (2021-2025), nous avons mis en place la première équipe rapide d'intervention en soins palliatifs (ERI-SP) d'Occitanie. Elle répond 24h/24 aux sollicitations du SAMU, des médecins traitants ou des médecins en EHPAD. L'ERI-SP fait évoluer les modalités d'intervention en substitut d'une hospitalisation avec hébergement.

Un travail d'information constant

Les organisations hospitalo-centrées et les difficultés à anticiper les parcours pouvant relever de l'HAD nous obligent à un travail d'information constant. Notre activité peut rapidement être oubliée par les prescripteurs. Néanmoins, elle se développe. Les cliniques et hôpitaux du territoire demeurent nos principaux adresseurs. Dans l'Hérault, les établissements autorisés collaborent et se livrent à une concurrence saine.

Enfin, le public méconnaît aussi l'étendue des prises en charge. Pourtant, le patient maintenu dans un environnement familial développe une expérience différente de la maladie. Il est acteur de sa prise en charge.

L'HAD joue aujourd'hui un rôle structurant de l'offre sanitaire, face à la saturation hospitalière et au vieillissement de la population.



Un virage stratégique

CHRISTOPHE BOUTELOUP, DIRECTEUR GÉNÉRAL
DES ACTIVITÉS HAD CHEZ ELSAN



Pour ELSAN, l'hospitalisation à domicile s'inscrit pleinement dans l'évolution du système de santé. Ces soins, dispensés hors les murs, sont plébiscités par les patients. En zone rurale particulièrement, l'HAD s'impose comme une solution, évitant des transports contraignants et s'intégrant durablement dans les pratiques des médecins traitants. Cette modalité répond également à une demande croissante d'efficacité. Nous observons que les établissements du territoire affichent de meilleures performances lorsque des activités d'HAD sont déployées. Une forte corrélation est observée entre le développement de l'HAD, la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS) et l'amélioration du taux d'ambulatoire.

Premier acteur privé

En 2019, ELSAN a créé une branche d'activité dédiée pour structurer et développer son offre en HAD. Dans ce domaine, ELSAN est le premier acteur privé et le second au niveau national. En dix ans, la filière HAD ELSAN est passée de sept à vingt établissements et de 325 patients en file active à plus de 1800 aujourd'hui. En mai 2026, un vingtième établissement HAD a ouvert à Bordeaux en association avec deux autres acteurs privés (GBNA et Saint Gatien).

Au cours de ces dix années de structuration et de développement, nous avons uniformisé les process, les parcours et le système d'information en respectant les spécificités territoriales. Nous avons favorisé un partage d'expérience entre les structures et renforcé nos efforts en termes de recrutement et de formation. Notre ambition est de positionner l'HAD sur des prises en charge techniques comme les soins palliatifs, la chimiothérapie, l'oncologie ou la transfusion sanguine.

La montée en puissance de l'HAD se fera si elle devient une cause commune entre hôpital, clinique et médecine de ville.

Le taux de recours à l'HAD en France est de 30 patients pour 100 000 habitants, *versus* 50 dans les territoires couverts par ELSAN. Des marges d'amélioration demeurent car la fréquence d'adressage est faible avec seulement 2 % des sorties des établissements de santé. Notre objectif est d'atteindre 60 patients pour 100 000 habitants en 2026.

Des freins

Même si la reconnaissance de l'HAD se renforce d'année en année, la méconnaissance de l'activité chez les médecins fait que leur recrutement reste un enjeu très important. L'HAD reste méconnue et fait face à des réticences des prescripteurs liées au sentiment de perte de suivi du patient. Ensuite, des critères d'éligibilité limitants pour certains profils polyopathologiques demeurent également un frein à son développement. Pourtant, les perspectives sont réelles pour certaines prises en charge comme l'insuffisance cardiaque, la pédiatrie, la rééducation. La complexité logistique de l'organisation des parcours de soins et du circuit du médicament freinent encore, notamment dans l'obtention de conventions avec les PUI Hospitalières.

À l'ère du numérique, les forces sont réunies pour accélérer le développement de l'HAD. Cette montée en puissance se fera si cette activité de santé, hors les murs de l'hôpital, devient une cause commune entre hôpital, clinique et médecine de ville. Elle est au service des patients, et de l'ensemble des professionnels de santé du territoire.

La chimiothérapie injectable à domicile

Le coût moyen d'une séance est de 510 euros en HDJ (430 euros la séance et 80 euros de transport) et de 294 euros en HAD. Si une séance sur 10 réalisée en hôpital de jour était transférée en HAD, les économies pourraient atteindre entre 75 et 100 millions d'euros par an.

Les soins palliatifs

La prise en charge des soins palliatifs à domicile est plus économe qu'une prise en charge équivalente à l'hôpital, notamment au-delà de trois jours. Presque 50 millions d'euros seraient économisés, si les personnes de plus de 75 ans, actuellement prises en charge en hospitalisation conventionnelle à la suite d'un passage aux urgences, étaient orientées vers l'HAD.

SMU-HAD : éviter le recours aux urgences

6 établissements en Centre-Val de Loire ont expérimenté une nouvelle organisation avec le SAMU qui sollicite une intervention de l'HAD plutôt qu'un envoi systématique aux urgences. Sur 124 sollicitations du SAMU, 114 passages aux urgences ont pu être évités. Outre un désengorgement des urgences et la réduction de stress pour le patient, une économie de 38 euros par passage est relevée.

SOURCE : ÉTUDE MÉDICO-ÉCONOMIQUE 2026, FNEHAD

DS
BREF

Évolution du mode de prise en charge principal (MPP) entre 2024 et 2025

- + 45 % pour la transfusion sanguine
- - 70 % pour la sortie précoce de chirurgie

13,58 %

des patients adressés en HAD proviennent d'établissements MCO privés

22 %

des établissements d'HAD sont de statut privé et réalisent 22 % de l'activité totale

SOURCE : FNEHAD, 2025

Un modèle fondé sur la coopération

AYMERIC BOURBION, DIRECTEUR DU GCS HADOS, VICTOR PAUCHET (80)



Le GCS HADOS est un groupement de coopération sanitaire public-privé créé il y a plus de quinze ans. Doté d'une structure juridique de droit privé, HADOS repose sur une gouvernance alternée entre le privé et le public, et sur un financement homogénéisé de l'ensemble des activités. HADOS travaille avec les acteurs en santé de ville : infirmiers libéraux, pharmaciens et kinésithérapeutes. Il partage les soins infirmiers entre son équipe infirmière et les infirmiers libéraux, selon le choix du patient.

Un suivi ajusté

L'HAD apporte sécurité, coordination et expertise. En lien étroit avec le médecin, l'équipe d'HAD pilote le projet thérapeutique du patient. Cette modalité trouve toute sa pertinence dans les parcours au long cours en cancérologie, gériatrie polyopathologique, chimiothérapie. Elle prolonge, au domicile, la qualité et la technicité des soins hospitaliers. HADOS fait partie d'un pôle domicile où le parcours du patient est ajusté selon les besoins du malade : service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), accueil de jour itinérant, plateforme d'accompagnement et de répit des aidants, et depuis peu un Centre de ressources territorial (CRT) pour personnes âgées. Ces activités sont dans le partenariat public-privé.

L'HAD répond au développement de l'ambulatoire qui reporte sur l'aidant une part importante de la charge et de la souffrance liées au soin.

Un appui aux aidants

L'HAD constitue également une réponse au développement de l'ambulatoire qui reporte sur l'aidant une part importante de la charge et de la souffrance liées au soin. Pour nous, la qualité de la prise en charge doit être continue non seulement pour le patient, mais aussi pour son entourage. C'est pourquoi HADOS est associé à une plateforme de répit pour les aidants. Cette plateforme offre des informations, permet de créer des liens, donne accès à un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et à un hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation et en cas de carence brutale de l'aidant. Notre volonté commune est d'assurer une prise en charge coordonnée et continue.

Dans le parcours de soin, la place de chacun est essentielle. L'HAD valorise l'expertise et les compétences des cliniques et des hôpitaux français et favorise une coopération étroite avec les professionnels de ville.

L'HAD partout et pour tous !

DAVID GUYÈRE, DIRECTEUR HAD SAUMUROIS (DOUÉ-EN-ANJOU) ET HAD SAINT-SAUVEUR (ANGERS), DIRECTEUR DÉLÉGUÉ HAD VAL-DE-LOIRE (TOURS) - LNA SANTÉ



L'HAD s'adapte à son territoire – urbain ou rural –, ainsi qu'à la typologie des établissements de santé présents. Sa mission est de répondre aux besoins des patients de jour comme de nuit, 7 jours sur 7 et de sécuriser leurs parcours de soins.

En milieu rural, l'HAD constitue une réponse de proximité, en complément ou en substitution de l'hospitalisation complète. Elle assure des prises en charge complexes et techniques relevant du champ hospitalier, tout en évitant aux patients des hospitalisations itératives ou éloignées du domicile. Elle contribue à renforcer l'accès aux soins et à lutter contre les inégalités territoriales. En milieu urbain, l'HAD représente un mode d'hospitalisation à part entière et s'intègre, là aussi, pleinement dans les parcours de soins. Dans les deux cas, cette offre fait preuve par nature de réactivité et d'agilité en s'appuyant sur une coopération étroite avec les acteurs du territoire pour organiser des parcours de soins fluides et adaptés.

Pour tout âge et pour tout lieu de vie

Pour les personnes âgées, l'HAD garantit une continuité et une qualité de prise en charge, au domicile individuel comme en EHPAD ou en résidence senior ou résidence autonomie. Elle

apporte également une réponse aux besoins des personnes en situation de handicap, même si des progrès restent à accomplir en matière d'acculturation mutuelle et de développement des partenariats. L'HAD doit être en mesure de proposer une prise en charge dans le lieu de vie de tous les patients, du premier souffle au dernier soupir.

Certaines prises en charge à domicile méritent également d'être davantage reconnues et valorisées, comme les transfusions sanguines. Les patients témoignent que la qualité et la sécurité des soins est équivalente à celle d'une hospitalisation, tout en supprimant des déplacements répétés et des temps d'attente. Les retours des patients sont d'ailleurs révélateurs, beaucoup nous disent : « *Pourquoi ne me l'a-t-on pas proposée plus tôt ?* » Développer cette activité libère indéniablement des lits hospitaliers.

L'HAD ne repose pas sur une logique de médecine d'organe, mais sur une médecine hospitalière polyvalente et coordonnée. Les équipes d'HAD associent médecins, infirmiers, puéricultrices, sages-femmes, pharmaciens, préparateurs en pharmacie, assistantes sociales, psychologues, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, enseignants en activité physique adaptée (EAPA)... ainsi que l'ensemble des professionnels libéraux, afin d'apporter une réponse globale aux besoins du patient.

La non qualité des soins a un coût. Démonstration

22 Md€

C'est le coût des soins inutiles ou à faible valeur ajoutée

11/2,2 à 5,2 Md€

C'est le coût de la réparation des préjudices évitables / le coût lié aux infections nosocomiales

112,8 Md€

C'est le montant de l'enveloppe pour financer le secteur hospitalier (ONDAM hospitalier)

Source : Cour des comptes, « La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé », avril 2026

Liste en sus : des radiations au 1^{er} janvier 2027

Des produits de santé coûteux et innovants sont financés en complément des GHS ; ils sont intégrés dans une liste en sus. Ce dispositif constitue un levier essentiel de la politique de diffusion de l'innovation thérapeutique et du financement des traitements et dispositifs médicaux les plus coûteux, impossibles à intégrer dans les tarifs des GHS sans fragiliser les équilibres économiques des établissements. Cette liste relève du droit commun et ne peut être appréhendée comme un simple outil budgétaire. Chaque décision d'inscription ou de radiation emporte des conséquences directes sur les modalités de prise en charge des patients, l'organisation des soins et le financement des établissements publics comme privés. Une vision pluriannuelle, concertée et systémique demeure indispensable.

Les premières pistes de radiations envisagées au 1^{er} janvier 2027 ont été présentées en avril dernier. À ce stade, la méthode pour encadrer les radiations n'est ni stabilisée, ni partagée, et les arbitrages demeurent ouverts. Les contributions transmises par les fédérations hospitalières, les industriels et les acteurs de santé fin 2025 n'ont pas encore permis d'aboutir à un cadre opérationnel **consensuel**. Pourtant, les radiations seront connues en juillet et les arrêtés publiés en novembre.

Les produits de la liste en sus qui pourraient être radiés au 1^{er} janvier 2027

Médicaments

- Etanercept
- Inotuzumab - Ozogamicine
- Ibritumomab - Tiuxetan
- Lanadelumab
- Tocilizumab
- Trabectedine
- Yttrium (90Y) - Chlorure

Dispositifs médicaux

- Enveloppe antibactérienne résorbable
- Implant ORL/trachéaux
- Ligament articulaire de remplacement ou de renfort pour les articulations de genou et système d'ancrage/vis d'interférence
- Ligament articulaire de remplacement ou de renfort du rachis et système de fixation ou de sertissage
- Conduits valvés comportant un tissu ou un dérivé d'origine animale - valve cardiaque
- Conduits valvés comportant un tissu ou un dérivé d'origine animale - valve pulmonaire
- Endoprothèse vasculaire périphérique
- Endoprothèse nue expansible par ballonnet (LG)
- Endoprothèse vasculaire périphérique
- Endoprothèse nue auto-expansible (LG)
- Endoprothèse vasculaire périphérique
- Endoprothèse couverte auto-expansible (LG)
- Endoprothèses vasculaires périphériques (iliofémorales unilatérales et symptomatiques)
- Implants mammaires @



6 milliards

Stéphanie Rist a annoncé à SantExpo un plan de 6 Md€ sur 10 ans pour prendre le relais du Ségur de la santé. Elle souhaite par ailleurs engager une mission Igas sur la situation des établissements de santé privés, qui font face à des tensions financières croissantes.

L'hospitalisation privée réalise 35 % de l'activité hospitalière en France et ne pèse que 17 % de l'enveloppe ONDAM. SOURCE : FHP



Les difficultés du secteur privé s'accroissent. Décryptage

L'activité des cliniques et hôpitaux privés repose sur des **autorisations délivrées par les ARS** dont les conditions sont fixées par décret. Les **tarifs des actes de soins sont fixés chaque année par le ministère de la Santé**, sans capacité de modulation par les acteurs, à l'intérieur d'une enveloppe fermée (ONDAM) nécessitant un arbitrage prix/volume. Ce financement provenant de la Sécurité sociale représente 90 % des recettes. L'hospitalisation privée réalise 35 % de l'activité hospitalière en France et ne pèse que 17 % de l'enveloppe ONDAM.

Les indicateurs 2025 de l'hospitalisation privée se sont aggravés : 46 % d'établissements sont déficitaires en 2025, contre 26 % en 2021. Ce chiffre monte à 74 % en soustrayant les recettes hôtelières. « *Les tarifs hospitaliers ne couvrent pas les coûts* », souligne Lamine Gharbi, président de la FHP. La fédération évalue par ailleurs le coût de l'inflation non financée à 1 Md€ entre 2021 et 2024. Le résultat net sectoriel s'élève à -240 M€ et par ailleurs, la capacité d'autofinancement s'est dégradée de 65 % en quatre ans.

Accès aux soins

Les difficultés économiques menacent l'accès aux soins. Elles touchent plus fortement les établissements de santé privés qui contribuent à des prises en charge majeures dans leur territoire. Parmi ceux-là, 66 % sont dotés d'un service d'urgence, 77 % d'un service de réanimation, 76 % d'une maternité... Par ailleurs, le salaire net moyen dans l'hospitalisation privée est plus ou moins inférieur de 20 % à celui du secteur public.

La crise est systémique

Les cotisations sociales doivent permettre d'améliorer la prise en charge de la population et les financements accordés dans un souci d'efficacité impliquant le respect des principes du droit de la concurrence. « *L'hospitalisation privée est une des solutions face au défi de soutenabilité du système de santé et d'accès aux soins. Si l'État remet de l'argent dans le système actuel, cela ne servira à rien. Construisons les choses différemment où chaque euro dépensé doit être un euro utile. Sortons du court-termisme pour garantir la soutenabilité du système et un accès aux soins de qualité !* »