



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

établissements de santé

Question écrite n° 48842

Texte de la question

M. Jean-Luc Warsmann attire l'attention de M. le ministre de la santé et de la protection sociale sur la rémunération des cliniques en fonction de leur activité. Il lui demande les modalités de l'entrée en application de cette « tarification à l'activité », qui doit intervenir prochainement.

Texte de la réponse

La tarification à l'activité est un mode de financement qui vise à fonder l'allocation de ressources aux établissements de santé publics et privés sur la nature et le volume de l'activité qu'ils réalisent au cours d'une année, mesurée, pour l'essentiel, sur la base des données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information. Tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie obstétrique (MCO) et odontologie entrent dans le champ de la réforme. La mise en place de la tarification à l'activité pour les cliniques privées a été fixée au 1er mars 2005 afin de permettre une application de la réforme du système de financement des établissements de santé dans des conditions garantissant la continuité des paiements à ces cliniques et aux professionnels de santé y exerçant à titre libéral. Pour ce faire un contrat d'engagement a été signé entre la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), les fédérations d'établissements privés et le ministère des solidarités, de la santé et de la famille, qui comporte deux volets. Le premier concerne le suivi des travaux de préparation par un comité national de pilotage, réunissant les représentants du ministère des solidarités, de la santé et de la famille, de la CNAMTS et les fédérations d'établissements, présidé par un membre du cabinet du ministre et se réunissant tous les mois. En vue d'assurer sur le plan national une remontée hebdomadaire des informations les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont mis en place avec les fédérations d'établissements privés et l'assurance maladie des comités de suivi régionaux. Le second est relatif aux conditions d'une expérimentation « grandeur nature » et à la sécurisation du système. Tous les établissements devront effectuer des tests de facturation et de liquidation. Si en dépit de ces mesures certaines cliniques ou professionnels de santé se trouvaient confrontés à des difficultés financières engendrées par la non-transmission par voie électronique des bordereaux de facturation ou par l'impossibilité de leur traitement, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 prévoit la possibilité pour les caisses d'assurance maladie de leur accorder pendant un délai de deux mois des avances de trésorerie, selon des critères déterminés par le comité national de pilotage précédemment mentionné.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Luc Warsmann](#)

Circonscription : Ardennes (3^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 48842

Rubrique : Santé

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : solidarités, santé et famille

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 19 octobre 2004, page 8090

Réponse publiée le : 12 avril 2005, page 3904