



ASSEMBLÉE NATIONALE

13ème législature

équilibre financier

Question écrite n° 100319

Texte de la question

Mme Marie-Hélène Thoraval attire l'attention de Mme la secrétaire d'État auprès du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, chargée de la santé, sur la problématique du report à 2018 du processus de convergence des tarifs hospitaliers. En effet, la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) lançait il y a plus d'un an une campagne de communication intitulée « Osons le tarif unique » afin de proposer une liste de cinquante prises en charge hospitalières, pour lesquels l'harmonisation des tarifs aurait entraîné une économie annuelle de près de 1,4 milliard d'euros. La Fédération déplore que son appel ne fut que partiellement entendu car, dans le cadre du PLFSS 2010, l'harmonisation des tarifs ne s'applique qu'à 35 groupes homogènes de séjour (GHS), ce nombre limité ne permettant pas de générer des économies significatives pour l'assurance maladie. Néanmoins, la généralisation à terme du tarif unique sur l'ensemble des spécialités permettrait de dégager près de 15 milliards d'euros annuels, les tarifs payés par la sécurité sociale aux cliniques privées étant en moyenne inférieurs de 27 % à ceux des établissements publics. Pour la FHP, cette différence de tarif ne s'explique pas par un différentiel de missions entre établissements publics et privés. Il apparaît que les missions spécifiques de service public bénéficient de financements supplémentaires non négligeables au travers d'enveloppes dites « missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » (MIGAC) qui ont été destinées à 99 % à l'hôpital public au cours de ces dernières années. Aujourd'hui, leur montant s'élève à 8 milliards d'euros. Ce sont ainsi environ 20 % de financements complémentaires que reçoivent les hôpitaux publics en plus de tarifs déjà supérieurs à ceux des cliniques. Ainsi, est vivement attendue la mise en place d'un système progressif d'harmonisation tarifaire dans les meilleurs délais tout en gardant à l'esprit que l'hôpital public ne peut bouleverser l'ensemble de ses équilibres économiques sur un seul exercice. La FHP demande donc que la convergence tarifaire soit réalisée sur l'ensemble des GHS, où auraient été distinguées une partie hospitalière, objet de la convergence, et une partie pour les honoraires médicaux. De plus, elle propose que l'hôpital public ne paye effectivement aux nouveaux tarifs que la partie correspondant à son activité nouvelle par rapport à elle de l'année précédente. La partie correspondant au volume d'activité de l'année précédente serait compensée *via* une « dotation de convergence » rendant ainsi neutre la convergence tarifaire sur ce « stock » d'activité. Cette méthode, permettant une transition progressive et réaliste entre les deux systèmes, a également pour intérêt de permettre une plus grande transparence pour les citoyens, mais aussi pour les élus, dans l'affichage des prix et des coûts du secteur hospitalier. En conséquence, elle lui demande de bien vouloir lui indiquer sa position sur ce sujet.

Texte de la réponse

Le report du processus de convergence des tarifs hospitaliers à 2018 a été proposé par le Gouvernement au Parlement, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, compte tenu des nombreuses études restant à réaliser sur les écarts de coûts entre les différents secteurs. La mesure a été adoptée par les deux Assemblées. Ce report a été justifié par la complexité du processus de convergence tarifaire, qui est subordonné à une double exigence : la disponibilité de résultats robustes éclairant les écarts de coûts entre les secteurs ; la création d'un modèle applicable aux deux secteurs (public/privé). Or, les difficultés liées à ces deux conditions ne sont pas réglées. En effet, la convergence intersectorielle consiste à rapprocher

les deux échelles tarifaires, mais elle ne peut se faire que sur des prestations homogènes. C'est pourquoi il faut évaluer et travailler sur les mêmes périmètres. Or, les tarifs applicables au secteur public et ceux applicables aux cliniques ne sont pas comparables aujourd'hui : dans le cas du secteur public, le tarif correspond à un « tout compris », sauf la liste en sus et les dispositifs médicaux ; dans le cas des cliniques, les honoraires des médecins, le coût de l'exonération de charges sociales en secteur 1, les actes d'imagerie, de biologie et d'exploration fonctionnelle, notamment, ne sont pas inclus. Dans ces conditions, la convergence ne signifie pas nécessairement l'égalisation des tarifs, mais plutôt la comparaison des données, et elle pourrait être compatible avec le maintien d'écarts de tarifs, dès lors qu'ils sont justifiés par des différences dans la nature des charges qui s'imposent aux opérateurs. L'écart facial de tarifs doit donc être apprécié de manière nuancée et précise, de même que la possibilité pour les acteurs de faire évoluer les périmètres des tarifs. Cela pose notamment la question, pour le secteur privé, du maintien d'une rémunération distincte pour les établissements (au séjour) et pour les praticiens (à l'acte). Ces critères impliquent que le calendrier du processus de convergence intersectorielle (« convergence public/privé ») se poursuive au-delà de l'année 2012. Ce délai supplémentaire devrait permettre d'achever les analyses nécessaires. Après ce temps de prise en compte des résultats dans le modèle, il sera nécessaire de gérer les effets revenus pour les établissements. Il est nécessaire de le prendre en compte car il serait potentiellement dangereux de bousculer l'offre de soins sur un territoire, en prenant le risque de ne plus avoir de réponse sur telle ou telle pathologie. Le cumul de ces délais explique que 2018 est un délai raisonnable pour travailler de manière assurée. La nécessité de laisser du temps aux hôpitaux publics pour mettre en oeuvre les nouveautés issues de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) plaide également en faveur d'un report du calendrier. En effet, celles-ci, qu'elles portent sur l'organisation interne, sur la planification ou sur les coopérations, seront les gages de l'amélioration de l'efficacité des établissements et donc, in fine, de la possibilité de mettre en oeuvre une convergence soutenable. Or la réforme commence à déployer ses premiers effets, mais n'aura pas abouti à tous ses résultats dès 2012. La loi HPST a toutefois apporté certaines nouveautés, notamment la possibilité de salarier les médecins des cliniques, qui devraient permettre de faire avancer la réflexion sur la convergence.

Données clés

Auteur : [Mme Marie-Hélène Thoraval](#)

Circonscription : Drôme (4^e circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 100319

Rubrique : Sécurité sociale

Ministère interrogé : Santé

Ministère attributaire : Santé

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 15 février 2011, page 1436

Réponse publiée le : 14 juin 2011, page 6339