La FHP-MCO, syndicat des cliniques et hôpitaux privés spécialisés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) de la Fédération de l'hospitalisation privée, salue l'enquête de « 60 Millions de consommateurs » mettant au jour le véritable **scandale financier que constitue le tarif journalier des prestations (TJP), fa cturé par les hôpitaux publics**. Il génère un surcoût annuel non justifié d'un milliard d'euros pour la collectivité au détriment des patients et des complémentaires.

Le TJP sert de base au calcul du ticket modérateur de 20% du coût des prestations de soins, qui reste à la charge du patient et/ou de sa mutuelle.

L'Observatoire citoyen des restes à charge créé par « 60 Millions de consommateurs » vient de publier une enquête révélant les incroyables écarts de tarifs - de 360 euros à 2.230 euros pour une même prestation - d'un hôpital public à l'autre. Ces tarifs pour le public « sont fixés après validation de l'Agence régionale de santé et sur proposition presque discrétionnaire du directeur de l'établissement de santé, sans forcément de rapport avec le coût réel de production des soins »,

écrit
l'O
bservatoire.

« C'est un scandale aux multiples effets pervers et que nous dénonçons depuis des années », déclare
Lamine Gharbi, président de la FHP-MCO
.
«
L'hôpital public calcule le montant du t
icket modérateur non pas sur le tarif
pris en charge par la Sécurité sociale
(GHS) - comme c'est le cas pour le privé - mais sur un prix de journée historique
bien supérieur
fixé de façon totalement arbitraire... par lui
-même ! Cette méthode de calcul dérogatoire,
qui devait être temporaire, a été reconduite
depuis 2004
et génère
chaque année
un surcoût de près de 1 milliard d'euros
[1]
pour les patients
et les mutuelles
»
.

Une telle pratique peut poser un problème d'accessibilité financière aux soins au sein des hôpitaux publics.

Le TJP est un moyen opaque de financement des hôpitaux en marge des dispositions réglementaires et qui échappe au contrôle du législateur. Elle a de nombreux effets pervers, comme celui de pousser les hôpitaux à allonger les durées de séjour. La Cour des Comptes n'a pas manqué de souligner que ce dispositif était utilisé comme une véritable variable d'ajustement des recettes, avec des taux d'évolution soutenus ces dernières années.

« Cette aberration économique constitue une distorsion de financement de plus en faveur des hô pitaux publics. Le plus choquant, c'est que cela augmente

parfois considérablement le reste à charge payé par le patient ou sa complémentaire, et que le ministère de la Santé laisse faire. Ce financement opaque pour l'hôpital public s'ajoute à des tarifs de soins hospitaliers facturés, eux, à la Sécurité sociale, et qui sont déjà 28% plus élevés en moyenne que ceux des cliniques et hôpitaux privés pour une prestation de soins identique. Cet écart tarifaire injustifié génère un surcoût supplémentaire pour les cotisants sociaux, estimé à 7 milliards d'euros par la Cour des Comptes, et auquel la convergence tarifaire devait mettre fin », souligne Lamine Gharbi.

« A l'heure où on l'on cherche à réaliser dix milliards d'économies dans la santé, il serait bienvenu que l'on mette fin à cette situation totalement inacceptable, connue de tous et notamment du ministère de la Santé depuis des années », conclut le président de la FHP-MCO.

La FHP-MCO demande donc que la réforme toujours repoussée des modalités de calcul du ticket modérateur soit enfin engagée pour aller dans le sens d'une équité entre les deux secteurs, public et privé, et d'une limitation des inégalités de reste à charge pour les patients.

A propos de la FHP-MCO

La FHP-MCO regroupe 580 cliniques et hôpitaux privés spécialisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) participant aux missions du service public de la santé. Acteur incontournable du paysage sanitaire français, l'hospitalisation privée MCO représente 27% de l'offre de soins nationale et 36% des hospitalisations. Les cliniques et hôpitaux privés accueillent chaque année 8,5 millions de patients pour une capacité de 66.000 lits et places, dont 2,2 millions de passages par an dans 132 services d'urgence. Le secteur privé MCO est le leader nat

ional en chirurgie (54
% des actes réalisés) et le second en médecine (25% des séjours médicaux) et obstétrique (27% des naissances). Il réalise également 6
6
% de la chirurgie ambulatoire, 32% des séances de chimiothérapie, 34% de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Environ 150.000 salariés (infirmières, sages-femmes, aides soignants et hôteliers) y travaillent, ainsi que 41.000 praticiens libéraux et salariés.