

# Note méthodologique : la non-comparabilité du coût du B hospitalier et du B libéral

*Limites structurelles de la connaissance de l'activité hospitalière de biologie médicale*

*Dr Kuentz Mathieu, praticien hospitalier, biologiste médical, président de la CME du CH d'Aurillac, président de la CMG du GHT Cantal*

---

## 1. Préambule : un débat aux conséquences majeures

Les comparaisons entre le coût du « B » réalisé en établissement de santé public (ou ESPIC) et le tarif négocié du « B » applicable aux laboratoires de biologie médicale (LBM) privés se sont multipliées dans le débat public et budgétaire de ces dernières années, en particulier dans le cadre des projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Ces comparaisons servent souvent de justification à des mesures de baisse tarifaire portant simultanément sur les deux secteurs<sup>1</sup>.

Cette note vise à démontrer que toute comparaison directe entre coût du B hospitalier et tarif du B libéral est, en l'état actuel des systèmes d'information et de comptabilité analytique, méthodologiquement infondée. Le rapport conjoint IGAS-IGF de mai 2025 sur les dépenses de biologie médicale conforte cette analyse en plusieurs points centraux qui sont repris ci-après.

## 2. Un modèle de financement hospitalier complexe et hétérogène

Du fait de son modèle de financement complexe, l'évaluation du coût du B hospitalier fait apparaître de fortes disparités en fonction des méthodes de recueil, de l'évaluation des charges imputables à ces examens et des recettes mises en regard.

Pour rappel, le financement des examens de biologie médicale (hors RIHN et Liste complémentaire) réalisés au cours d'un séjour MCO est intégré au tarif du Groupe Homogène de Séjour (GHS)<sup>2</sup>. Les actes réalisés dans le cadre des activités et consultations externes (ACE) relèvent d'une facturation à l'acte auprès de l'assurance maladie, selon la NABM<sup>3</sup>. Les actes RIHN et de la Liste complémentaire bénéficient d'une prise en charge partielle via les déclarations annuelles FICHSUP, intégrées à l'enveloppe MERRI G03 (MIGAC)<sup>4</sup>. Certains actes trouvent leur financement dans le cadre d'enveloppes FIR (PASS, CeGIDD, etc.)<sup>5</sup>. Enfin, les examens réalisés

---

<sup>1</sup>Voir les annexes ONDAM des PLFSS 2018 à 2025, qui mentionnent depuis 2022 un montant global d'économies « actions de pertinence et adaptations tarifaires des actes de biologie, imagerie et autres actes médicaux en ville et à l'hôpital » sans préciser ni le tendancier ni les montants cibles. IGAS-IGF, Mission sur les dépenses de biologie médicale, mai 2025, Annexe VI, §2.2.1 : « Il n'est pas possible de contrôler à partir des documents rendus publics la réalisation de ces économies. »

<sup>2</sup>Article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale. Les actes de biologie réalisés au cours d'un séjour hospitalier dans un établissement ex-DG (publics et ESPIC) sont intégrés dans le tarif du groupe homogène de séjour (GHS), sans facturation à l'acte distincte. IGAS-IGF, mai 2025, Annexe VI, §1.1.3 et §1.2.1.

<sup>3</sup>Les actes et consultations externes (ACE) des établissements ex-DG sont tarifés selon la NABM mais intégrés à l'ONDAM-Établissements de santé. Cette activité, bien que facturée à l'assurance maladie, n'est pas suivie dans les bases OpenBio et Bio'AM. IGAS-IGF, mai 2025, Rapport principal, p. 7, note 11.

<sup>4</sup>Référentiel des actes Innovants Hors Nomenclature (RIHN) et Liste complémentaire, faisant l'objet d'un financement dérogatoire via l'enveloppe MERRI G03 (MIGAC) sur la base de déclarations FICHSUP. DGOS, Présentation Actes Hors Nomenclature, juillet 2024 ; IGAS-IGF, mai 2025, Annexe VI, §1.3 ; Arrêté du 31 mars 2023 modifiant la circulaire frontière.

<sup>5</sup>Fonds d'Intervention Régional (FIR) défini à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique. Les actes de biologie réalisés dans le cadre des PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) et des CeGIDD sont financés par dotations FIR aux ARS.

dans le cadre d'un passage aux urgences sans hospitalisation bénéficient depuis 2023 d'une prise en charge intégrée au forfait patient urgences (FPU)<sup>6</sup>.

*Cette superposition de circuits financiers distincts est à elle seule constitutive d'une difficulté méthodologique majeure : aucun système d'information unique ne consolide l'ensemble des dépenses et recettes imputables à l'activité de biologie d'un établissement de santé ex-DG (établissement public et ESPIC).*

### 3. Des disparités importantes entre méthodes de calcul

L'attribution des recettes et des charges lors des différentes déclarations reste à la main des établissements de santé, dans le cadre de leur comptabilité analytique<sup>7</sup>. Cette absence de standardisation génère des différentiels importants dans le calcul des unités d'œuvre (UO).

Pour l'année 2022 et pour 994 établissements, le coût du B moyen établi à partir des données ScanSanté<sup>8</sup> est de 0,25 €, avec un 1<sup>er</sup> quartile à 0,22 €, une médiane à 0,26 € et un 3<sup>e</sup> quartile à 0,28 €. Les charges de titre 3 (à caractère hôtelier) varient de 1 061 % et celles de titre 4 de 227,6 % entre établissements, ce qui révèle l'amplitude des biais d'imputation.

Pour cette même année 2022, une autre méthode d'évaluation du coût du B issue de la base dite « d'Angers »<sup>9</sup> fait apparaître un coût moyen à 0,23 €, une médiane à 0,22 €, un 1<sup>er</sup> quartile à 0,20 € et un 3<sup>e</sup> quartile à 0,25 €. L'un des biais majeurs de cette méthodologie tient au fait qu'elle comptabilise les B « techniques » — c'est-à-dire la somme des B associés à chaque acte effectivement réalisé en interne, sans application des règles de forfaitisation de la NABM qui plafonnent la cotation des bilans groupés — ce qui rend impossible toute comparaison avec les tarifs négociés par l'UNCAM avec les LBM privés.

*Ainsi, avec deux bases de recueil distinctes, de fortes disparités dans l'évaluation du coût du B sont constatées à la fois entre ces deux méthodes et au sein des établissements étudiés. Sans réelle comptabilité analytique standardisée, cette évaluation est techniquement impossible et a fortiori inutilisable comme outil de comparaison intersectorielle.*

### 4. L'apport central du rapport IGAS-IGF de mai 2025 : la connaissance lacunaire de la biologie hospitalière

Le rapport conjoint IGAS-IGF rendu public en mai 2025 sur les dépenses de biologie médicale consacre un développement substantiel aux limites structurelles de la connaissance de l'activité hospitalière, qu'il convient ici de mobiliser.

---

<sup>6</sup>Arrêté du 19 décembre 2022 modifiant le financement des structures d'urgence : passage d'une facturation à l'acte à un forfait patient urgences (FPU) en 2023, appauvrissant la traçabilité des actes de biologie réalisés. IGAS-IGF, mai 2025, Annexe VI, §1.2.2.

<sup>7</sup>DGOS, Guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalière, version applicable à compter de l'exercice 2022. Le guide laisse une latitude importante aux établissements pour l'imputation des charges et des produits, ce que l'IGAS-IGF identifie comme une source majeure d'hétérogénéité (mai 2025, Annexe VI, §1.2.3, encadré 2).

<sup>8</sup>ATIH, ScanSanté – Restitution du retraitement comptable, exercice 2022 : section d'analyse Laboratoire de biologie médicale, indicateur coût par B. <https://www.scansante.fr>

<sup>9</sup>Base d'Angers (CHU d'Angers) – Comparaisons inter-établissements en comptabilité analytique hospitalière, exercice 2022. La base d'Angers comptabilise les B « techniques » sans application des règles de forfaitisation de la NABM, ce qui constitue un biais méthodologique majeur dans la comparaison avec les LBM privés.

#### 4.1. Une activité hospitalière intrinsèquement moins suivie

La mission IGAS-IGF établit que « l'activité de biologie des établissements ex-DG ne donne pas lieu à facturation spécifique, à l'exception des actes et consultations externes. De ce fait, les activités de biologie hospitalière sont nettement moins connues, tant dans leurs coûts que dans le contenu de leur production »<sup>10</sup>.

Ce constat est lourd de conséquences : il signifie qu'aucun pilotage national de la biologie hospitalière n'est techniquement possible en l'état, ni en termes de volumes d'actes, ni en termes de patientèle, ni en termes de dynamiques sectorielles.

#### 4.2. Les limites intrinsèques du retraitement comptable ATIH

Les seules données nationales disponibles sur l'activité hospitalière proviennent du retraitement comptable réalisé par l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH). La mission IGAS-IGF en identifie quatre limites majeures<sup>11</sup> :

- **Non-exhaustivité** : en 2022, seuls 997 établissements sur 1 277 ont vu leurs données retraitées (78 %), avec un taux de couverture pondéré par les recettes de 89 % pour les CHU, 85 % pour les CH, 96 % pour les CLCC et 86 % pour les EBNL<sup>12</sup> ;
- **Maturité inégale de la comptabilité analytique** : les données sont « tributaires de la bonne imputation des charges par les établissements », imputation laissée à la discrétion de chacun en l'absence de standardisation contraignante ;
- **Absence de traçabilité fine** : « le contenu de l'activité de biologie n'est pas connu : nature des actes réalisés, patients » ;
- **Volatilité de la valorisation** : « la valorisation de l'activité en nombre de B ne permet pas de la suivre dans le temps, car la cotation des actes change » d'année en année.

L'IGAS-IGF en tire un constat sans ambiguïté : « **On ne dispose donc ni de données précises sur les actes réalisés, ni sur les patients concernés, pour une activité représentant 40 % des dépenses de biologie.** »<sup>13</sup>

L'ordre de grandeur extrapolé par la mission est de 3,4 Md€ de charges hospitalières (dont 2,9 Md€ d'activité interne et 0,5 Md€ de sous-traitance), 15 milliards de B et environ 20 000 ETP rémunérés<sup>14</sup>.

---

<sup>10</sup>IGAS-IGF, mai 2025, Annexe VI, §1.2.3 : « Du fait de l'absence de facturation associée (à l'exception des actes et consultations externes), les activités de biologie hospitalière ne sont pas suivies, ce qui empêche tout pilotage national sur la biologie à l'hôpital. »

<sup>11</sup>IGAS-IGF, mai 2025, Annexe VI, §1.2.3, encadré 2. Les données de retraitement comptable sont décrites comme « non exhaustives », « tributaires de la bonne imputation des charges par les établissements, dans un contexte de maturité inégale de la comptabilité analytique », et ne permettent ni d'isoler le nombre d'examen et de patients, ni de suivre la production dans le temps en raison de la modification continue des cotations.

<sup>12</sup>IGAS-IGF, mai 2025, Annexe I, §4. En 2022, l'ATIH n'a pu retraiter les données que de 997 établissements sur 1 277, soit 78 %. Pondéré par les recettes, le taux de couverture atteint 89 % pour les CHU, 85 % pour les CH, 96 % pour les CLCC et 86 % pour les EBNL.

<sup>13</sup>IGAS-IGF, mai 2025, Annexe VI, §1.2.3 : « On ne dispose donc ni de données précises sur les actes réalisés, ni sur les patients concernés, pour une activité représentant 40 % des dépenses de biologie. »

<sup>14</sup>IGAS-IGF, mai 2025, Annexe I, §4 et Rapport principal, §1.2.1. Sur la base d'une extrapolation des données ATIH 2022, la biologie hospitalière représenterait 3,4 Md€ de charges (2,9 Md€ en interne, 0,5 Md€ en sous-traitance), 15 milliards de B et environ 20 000 ETP rémunérés.

### 4.3. Un biais d'analyse persistant dans les publications institutionnelles

La mission IGAS-IGF souligne par ailleurs un biais systémique : « la très grande majorité des analyses réalisées par les acteurs institutionnels sur le champ de la biologie ne porte que sur le champ de l'activité des LBM. Les données publiées par l'assurance maladie (bases OpenBio, Biol'AM ; analyses au sein des rapports Charges et produits) et les données de la DREES n'intègrent pas l'activité de biologie des hôpitaux, ce qui affecte leur exhaustivité et leur pertinence »<sup>15</sup>.

Ainsi, le chiffre de 4,8 Md€ retenu par la DREES dans les comptes nationaux de la santé<sup>16</sup> – chiffre largement utilisé dans les comparaisons OCDE – exclut l'intégralité de la biologie hospitalière, alors que la dépense réelle de l'activité de biologie en France est évaluée à près de 9 Md€ par la mission IGAS-IGF.

Cette assimilation erronée entre dépenses de biologie et dépenses des LBM « **affecte totalement la pertinence des comparaisons, de l'analyse des dynamiques ou des disparités territoriales** », selon les termes mêmes de la mission. Cette dernière formule la proposition n° 18 visant à « produire des données détaillées sur la biologie hospitalière et les prendre en compte dans les analyses de dynamiques et de disparités »<sup>17</sup>.

### 4.4. Le caractère artefactuel de la frontière ville/hôpital

Un dernier apport décisif de l'IGAS-IGF tient à la qualification de la frontière entre biologie de ville et biologie hospitalière : la mission rappelle que « la biologie hospitalière assure des examens pour des patients non hospitalisés [activité externe] tandis que les LBM privés consacrent une partie de leur activité aux patients hospitalisés en clinique »<sup>18</sup> et qu'elle relève « d'un artefact d'organisation du système de soins qui n'est stable ni dans le temps ni dans l'espace »<sup>19</sup>.

Cette qualification est capitale : elle invalide toute comparaison qui supposerait la stabilité et l'étanchéité des deux secteurs.

---

<sup>15</sup>IGAS-IGF, mai 2025, Annexe VI, §1.1.3 : « Il est important de noter que la très grande majorité des analyses réalisées par les acteurs institutionnels sur le champ de la biologie ne porte que sur le champ de l'activité des LBM. Les données publiées par l'assurance maladie (bases OpenBio, Biol'AM ; analyses au sein des rapports Charges et produits) et les données de la DREES n'intègrent pas l'activité de biologie des hôpitaux, ce qui affecte leur exhaustivité et leur pertinence. »

<sup>16</sup>DREES, Comptes nationaux de la santé, édition 2024. La consommation de soins et biens médicaux retient 4,8 Md€ au titre de la « biologie » en 2023, montant qui exclut la biologie hospitalière (intégrée aux dépenses hospitalières). IGAS-IGF, mai 2025, Rapport principal, p. 14 : ce périmètre est repris à tort dans les comparaisons OCDE pour démontrer un coût français faible, alors que les chiffres étrangers intègrent des champs distincts.

<sup>17</sup>IGAS-IGF, mai 2025, Proposition n° 18 : « Produire des données détaillées sur la biologie hospitalière et les prendre en compte dans les analyses de dynamiques et de disparités. »

<sup>18</sup>IGAS-IGF, mai 2025, Rapport principal, p. 7 : « L'opposition entre une biologie 'de ville' assurée par les LBM et une biologie 'hospitalière' est réductrice : la biologie hospitalière consacre une part de son activité à des patients en ville [activité externe], tandis que les LBM privés tirent une partie de leur activité des patients hospitalisés en clinique et à l'hôpital ; les deux secteurs entretiennent des relations de sous-traitance croisée traduisant autant de la concurrence que de la complémentarité. »

<sup>19</sup>IGAS-IGF, mai 2025, Annexe VI, §1.2.3 : « Cette limite est d'autant plus forte que la frontière entre les deux champs ne correspond pas à des activités de biologie différentes dans la nature des actes réalisés mais relève d'un artefact d'organisation du système de soins qui n'est stable ni dans le temps ni dans l'espace. »

## 5. Facteurs de confusion dans le calcul du B hospitalier

Au-delà des constats macro-économiques posés par la mission IGAS-IGF, il convient de rappeler à l'échelle de chaque établissement les principaux facteurs de confusion susceptibles d'altérer la qualité du calcul du coût du B<sup>20</sup> :

- Charges du laboratoire incluses ou non, au prorata ou non : eau, électricité, chauffage, climatisation – avec des règles d'imputation différentes selon les établissements ;
- Amortissement du bâtiment non calculé au prorata de la superficie utile au laboratoire ;
- Inclusion de la facturation des actes de biologie médicale réalisés en HAD dans le budget du laboratoire alors que ce dernier ne les a pas réalisés ;
- Répartition de charges pour des raisons comptables (médicaments ou forfait biomédical, amortissement immobilier, fluides, énergie) qui ne reflètent pas la consommation réelle du laboratoire ;
- Inclusion des réactifs nécessaires aux suivis des signaux biologiques (ACTIM Pro, glycémie capillaire, tétanos, etc.) dans les budgets du laboratoire de biologie médicale (LBM), voire inclusion des envois d'examens anatomopathologiques en l'absence d'un laboratoire d'anatomopathologie interne ;
- Prise en compte ou non des recettes en lien avec le financement issu de l'assurance maladie, ou à l'inverse absence d'inclusion des recettes forfaitaires des urgences, des forfaits CeGIDD ou du financement FIR ;
- Inclusion ou non des charges relatives aux dépôts de sang, à la participation au site de délivrance EFS, ou aux mises à disposition de personnel à l'EFS ;
- Difficulté persistante d'identifier les actes de biologie réalisés dans le cadre de la recherche clinique (DRCI), qui peuvent gonfler artificiellement la consommation hospitalière apparente sans être correctement neutralisés des recettes correspondantes<sup>21</sup> ;
- L'intégration des charges due au différentiel entre le coût des actes innovants (LAHN) et leur financement via l'enveloppe MERRI G03, avec un reste à charge en moyenne de 60% pour les établissements ex-DG, soit 720 millions d'euros pour 2025.

## 6. Un différentiel structurel ville/hôpital occulté dans la comparaison

Au-delà de ces biais comptables, et en comparaison avec les laboratoires privés, **les charges en termes de logistique du prélèvement supportées par les laboratoires hospitaliers sont structurellement inférieures à celles des LBM privés.**

---

<sup>20</sup>Le PMSI MCO ne trace pas spécifiquement la consommation d'actes de biologie médicale par séjour, contrairement aux médicaments onéreux (« en sus ») ou aux dispositifs médicaux implantables (DMI). DOZOL A. et al., « Identifier, maîtriser et suivre la consommation d'actes de biologie dans un établissement de santé », Pratiques et Organisation des Soins, vol. 41, n° 2, avril-juin 2010, p. 135-141.

<sup>21</sup>DOZOL A. et al., op. cit., 2010 : étude à l'AP-HP (Lariboisière-Fernand Widal) mettant en évidence des écarts de + 25 % à + 55 % entre la prescription observée et la prescription attendue selon l'ENC. Les auteurs identifient plusieurs facteurs explicatifs : défaut de codage des actes, intégration imparfaite des activités de recherche (hors T2A), missions universitaires non comparables. Cette étude historique illustre la difficulté persistante d'imputer correctement l'activité de biologie en milieu hospitalier.

La grande majorité, sinon la totalité, des prélèvements reçus en laboratoire hospitalier sont en effet réalisés dans les services de soins, par du personnel infirmier non rémunéré sur le budget du laboratoire. À l'inverse, dans le secteur libéral, ces charges sont substantielles : 60 à 70 % des examens donnent lieu à un prélèvement par les professionnels des LBM (techniciens, infirmiers salariés, biologistes)<sup>22</sup>, et le secteur privé a facturé en 2023 environ 365 M€ au seul titre des prélèvements, en plus de 121 millions de forfaits pré-analytiques<sup>23</sup>.

Ces charges, peu prises en compte dans le calcul du B hospitalier, regroupent notamment :

- la phase pré-analytique (organisation, accueil patient, gestion des rendez-vous) ;
- les coûts de transport et de coursiers (tournées de collecte, navettes inter-sites) ;
- la gestion et le règlement des DASRI (déchets d'activité de soins à risques infectieux) ;
- la maintenance d'un maillage territorial de sites de prélèvement.

Ces postes commencent à émerger dans la biologie hospitalière du fait des restructurations territoriales liées aux GHT<sup>24</sup>, mais ils restent largement absents du périmètre du B hospitalier tel qu'il est aujourd'hui calculé.

**A contrario, le coût de la permanence des soins (PDS) pèse fortement dans le coût de production du B hospitalier, sans équivalent dans l'exercice libéral.** Les laboratoires hospitaliers doivent assurer une continuité de service en 24/7 imposée par les exigences cliniques (urgences, réanimations, blocs opératoires, obstétrique) et réglementaires. Cette permanence se traduit par la redondance des équipements pour garantir la continuité en cas d'indisponibilité, par des rémunérations en horaires atypiques et par une activité incertaine par définition difficile à programmer<sup>25</sup>. Dans le secteur libéral, à l'inverse, l'offre de biologie en 24/7 reste exceptionnelle : la mission IGAS-IGF constate que « l'existence d'une offre de biologie accessible en 24/7 est inconnue et organisée [en pratique] sur le territoire » par les seuls établissements hospitaliers, et recommande son organisation, le cas échéant, par les ARS avec un financement dédié.

Les deux secteurs ne sont comparables ni dans leur méthode de financement ni dans la nature de leurs activités.

---

<sup>22</sup>IGAS-IGF, mai 2025, Annexe VI, §1.1.2 et Annexe VII, §2.2.2. La mission évalue que 60 à 70 % des examens réalisés dans les LBM privés donnent lieu à la réalisation de prélèvements par les professionnels des laboratoires (techniciens, infirmiers salariés, biologistes). La part des montants remboursables au titre des prélèvements infirmiers est passée de 27 % en 2013 à 62 % en 2023.

<sup>23</sup>121,1 millions de forfaits pré-analytiques ont été facturés par les LBM en 2023 (Biol'AM), correspondant approximativement au nombre de dossiers patients reçus. À cela s'ajoutent 225 M€ de prélèvements infirmiers, 135 M€ de prélèvements de techniciens et 5 M€ de prélèvements de biologistes. IGAS-IGF, mai 2025, Annexe I, §1, note 27.

<sup>24</sup>Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, articles L. 6132-1 et suivants du code de la santé publique : les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) imposent une convention constitutive prévoyant une organisation commune des activités médico-techniques, incluant la biologie médicale. IGAS-IGF, mai 2025, recommande d'intégrer la biologie aux fonctions mutualisées obligatoires des GHT.

<sup>25</sup>Sur la PDS biologique hospitalière, voir : IGAS-IGF, mai 2025, Annexe II, p. 30-31, qui souligne qu'« un fonctionnement 24/7 a un coût élevé pour les laboratoires » du fait de la « redondance des équipements afin de garantir la continuité en cas d'indisponibilité ; rémunérations en horaires atypiques ; activité incertaine ». Sur la PDS-ES dans son ensemble : IGAS, La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, rapport n° 2023-009R, juin 2023 ; et IGAS-IGF, Situation financière des hôpitaux publics, 2025, Annexe II, p. 33 : la rémunération des indemnités de garde des personnels médicaux est passée de 437 M€ en 2019 à 702 M€ en 2023 (+265 M€), notamment du fait de la majoration de 50 % introduite le 1er juillet 2022 (arrêté du 29 juin 2022) et pérennisée au 1er janvier 2024. Articles R. 6152-26 à R. 6152-29 du code de la santé publique sur les obligations de garde et d'astreinte des praticiens hospitaliers.

## 7. Synthèse : pourquoi le coût du B hospitalier et le tarif du B libéral ne sont pas comparables

À la lumière des éléments qui précèdent, et contrairement à ce qui est affirmé ou suggéré dans les annexes successives des PLFSS, **le coût du B hospitalier et le tarif du B libéral ne sont pas comparables** pour les raisons cumulatives suivantes :

- **Une nature distincte des indicateurs** : le coût hospitalier est une donnée comptable d'imputation ; le tarif libéral est une recette tarifaire négociée à la CHAB<sup>26</sup>. Le périmètre de l'un et de l'autre diffère.
- **Des périmètres de charges non superposables** : le coût hospitalier exclut structurellement la phase pré-analytique réalisée dans les services, la logistique de prélèvement à domicile, le maillage territorial des sites de prélèvement, et n'intègre que de façon hétérogène les charges de structure (immobilier, fluides, énergie).
- **Des règles d'imputation hétérogènes entre établissements** : amplitude de 1 061 % sur les charges de titre 3 selon ScanSanté ; deux bases concurrentes (ScanSanté et Angers) aboutissent à des coûts moyens différents selon des conventions de comptage incompatibles avec la cotation NABM.
- **Une connaissance lacunaire de l'activité hospitalière** : 22 % des établissements échappent au retraitement ATIH ; le contenu de l'activité (nature des actes, patients) est inconnu pour 40 % des dépenses de biologie<sup>27</sup>.
- **Une frontière ville/hôpital artefactuelle** : la biologie hospitalière inclut une activité externe facturée à la NABM (ACE) ; les LBM privés assurent l'activité de biologie des cliniques ex-OQN ; les flux de sous-traitance croisée brouillent la frontière comptable.
- **Un coût hospitalier extrait d'un système de financement intégré à dispositifs multiples** : le coût observé en ex-DG (0,21 € à 0,24 € selon le type d'établissement)<sup>28</sup> est hétérogène du fait d'une imputation des dépenses et des recettes variables, sans standardisation réelle.
- **Un cout des actes innovants qui pèse de plus en plus lourd.**
- **Un poids massif et asymétrique de la permanence des soins** : le coût de la PDS 24/7 (gardes, astreintes, redondance d'équipements, indemnités majorées) pèse structurellement sur le coût du B hospitalier sans équivalent dans l'exercice libéral, où une telle permanence est marginale et explicitement reconnue par l'IGAS-IGF comme nécessitant un financement dédié si elle devait être organisée<sup>29</sup>.

---

<sup>26</sup>Commission de Hiérarchisation des Actes de Biologie (CHAB), instaurée par avenant conventionnel de 2006. Composée à parité de représentants des syndicats des biologistes libéraux et de l'UNCAM, elle ne comprend pas de représentants des biologistes hospitaliers avec voix délibérative – ces derniers peuvent seulement y assister. IGAS-IGF, mai 2025, Annexe VI, §1.1.1 et §1.1.3.

<sup>27</sup>Reprise des constats sourcés supra : IGAS-IGF, mai 2025, Annexe I §4 (sur les 22 % d'établissements échappant au retraitement) et Annexe VI §1.2.3 (sur les 40 % de l'activité de biologie sans données détaillées sur les actes et patients).

<sup>28</sup>IGAS-IGF, mai 2025, Annexe VI, §1.2.4 : « Selon les données de l'ATIH, les établissements ex-DG ont des coûts de production moyens, en 2022, de 0,21 € pour les CHU et de 0,24 € pour les CLCC et les centres hospitaliers, soit des coûts inférieurs au tarif du B (0,25 € pour les LBM et donc pour les ACE). » Ce constat doit cependant être lu à l'aune des limites méthodologiques exposées dans la présente note : ces coûts intègrent des charges qui ne sont pas comparables à celles supportées par les LBM.

<sup>29</sup>IGAS-IGF, mai 2025, Annexe II, p. 30-31 : « un fonctionnement 24/7 a un coût élevé pour les laboratoires » (redondance des équipements, rémunérations en horaires atypiques, activité incertaine). IGAS, rapport n° 2023-009R, juin 2023, sur la PDS-ES. Articles R. 6152-26 à R. 6152-29 du code de la santé publique.

## 8. Conclusion : enjeux institutionnels et stratégiques

Il convient cependant de ne pas mettre en cause le secteur hospitalier pour ses coûts de laboratoire : les capacités de consolidation des examens de biologie médicale dans le secteur hospitalier sont contraintes par la géographie et la répartition des différents établissements, par les activités médicales nécessitant une biologie de proximité pour obtenir un délai de rendu de résultat compatible avec la situation clinique, et donc par le service médical rendu.

Mettre en concurrence ou en rivalité le coût de la biologie hospitalière et le tarif de la biologie privée constitue une erreur méthodologique et politique. Les deux secteurs sont complémentaires ; les biologistes médicaux travaillent en coordination dans un même système de santé, comme le rappelle la mission IGAS-IGF lorsqu'elle qualifie l'opposition ville/hôpital de « réductrice »<sup>30</sup>. De part et d'autre, les biologistes font au mieux avec les moyens alloués par l'État.

La présence de chiffres méthodologiquement infondés dans les annexes du PLFSS, ayant pour finalité de justifier des baisses tarifaires simultanées dans les deux secteurs, favorise la défiance entre les acteurs et la défiance des deux secteurs – public et privé – envers les autorités sanitaires et financières. Une erreur d'analyse dans un document d'une telle portée traduit une méconnaissance d'un secteur stratégique du système de santé et n'est pas de nature à instaurer un climat de confiance entre l'assurance maladie et les biologistes médicaux des secteurs public et privé.

**Toute démarche sérieuse de régulation tarifaire devrait préalablement résoudre les difficultés méthodologiques identifiées par la mission IGAS-IGF de mai 2025 :** généralisation d'une comptabilité analytique standardisée pour la biologie hospitalière, voire mise en place d'un recueil par séjour via un dispositif FICHCOMP-Biologie sur le modèle des FICHCOMP médicaments et dispositifs médicaux implantables, permettant une traçabilité fine de la consommation biologique par patient et par GHM<sup>31</sup> ; production de données détaillées sur la nature et le volume des actes hospitaliers (proposition n° 18 de la mission) ; intégration des biologistes hospitaliers à la gouvernance tarifaire (CHAB) ; reconnaissance de la complémentarité organique des deux secteurs au sein de l'offre de soins ; mise en place d'un dispositif de financement et de sortie des actes innovants.

---

<sup>30</sup>Reprise sourcée supra : IGAS-IGF, mai 2025, Rapport principal, p. 7 (cf. note de bas de page sur l'imperméabilité supposée des deux secteurs).

<sup>31</sup>ATI, Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en MCO, recueils complémentaires FICHCOMP (notamment FICHCOMP-MED pour les médicaments en sus, FICHCOMP-DMI pour les dispositifs médicaux implantables). <https://www.atih.sante.fr>. L'extension d'un tel dispositif à la biologie médicale permettrait, par analogie, un recueil par séjour de la consommation biologique.