



NOTE SYNTHÉTIQUE DU RAPPORT D'INFORMATION FAIT AU NOM DE LA MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (MECSS) SUR LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ Par les Sénateurs J. Le Menn et A. Milon (juillet 2012)

Pour réaliser cette étude, les Sénateurs ont rencontré divers intervenants des établissements de santé publics et privés, des responsables institutionnels (ARS, Assurance maladie...), des chercheurs dans le domaine de la santé, des organisations syndicales, ainsi que notre Coordination.

Le rapport est construit en 3 grandes parties :

▪ **L'évolution des modes de financement des établissements de santé :**

- L'état des lieux des établissements : 2 751 structures hospitalières ; dotation de l'assurance maladie de 74,6 milliards dont 55,3 milliards pour ceux tarifés à l'activité ; déficit global de 488 millions d'€ en 2010 ; baisse tendancielle de rentabilité du secteur privé ; doublement des investissements des établissements publics de 2002 à 2010 ; la dette publique hospitalière a doublé depuis 2005 (24 milliards d'€ en 2012).
- Principes de mise en œuvre de la T2A : prix de journée jusqu'en 1984, puis dotation globale ; mise en place du PMSI, outil de mesure de l'activité médicale et économique des établissements ; c'est sur cette base qu'est introduite la tarification à l'activité, mode de financement qui existait déjà aux USA et dans une grande partie des pays d'Europe ; T2A : paiement forfaitaire pour un type de séjour donné ; instauration de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses) ; MIGAC (15%) pour les missions d'intérêt général, l'enseignement, la recherche, l'innovation et l'aide à la contractualisation ;
- Analyse des conséquences sur ce mode de financement : effet inflationniste sur actes et prestations ; conséquence sur le fonctionnement des établissements (poids du codage pour les médecins..) ; pas de prise en compte des spécificités des établissements ; contrôles de l'assurance maladie mal vécus...

▪ **Les perspectives**

Le rapport ne remet pas en cause la tarification à l'activité, dans un souci de transparence ; proposition de la recentrer sur les activités qui lui sont adaptées ; elle ne conviendrait donc pas aux activités soumises à des normes réglementaires (ex : urgences), aux activités ne pouvant être normalisées (ex : Réa), lorsque les actes techniques sont minoritaires (ex : soins palliatifs), ou lorsque les activités sont nécessaires pour des raisons sanitaires dans des bassins de population isolés ou peu denses.

Le rapport met ensuite en avant un certain nombre de propositions comme fixer des bases de calcul pertinentes et pérennes, clarifier le financement de l'investissement, expérimenter le financement du parcours de santé...

▪ **Evaluer toute nouvelle extension de la T2A**

Le rapport incite à la prudence et à l'analyse de la pertinence avant d'élargir le champ d'application de la T2A aux hôpitaux locaux, aux SSR et à la Psychiatrie.

Conclusion : s'il ne remet pas en cause la T2A, ce rapport est intéressant par l'analyse qui en est faite, par la qualité du diagnostic de la situation actuelle des établissements de santé ; il ne remet pas en cause l'ONDAM et ne part pas d'une analyse des besoins mais pointe cependant les disparités des établissements et la nécessité d'en tenir compte.