

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

21 octobre 2011

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012 - (n° 3790)

Commission	
Gouvernement	

**AMENDEMENT**

N° 355

présenté par  
M. Tian-----  
**ARTICLE ADDITIONNEL****APRÈS L'ARTICLE 35, insérer l'article suivant :**

Après l'article 70 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011, il est inséré un article 70-1 ainsi rédigé :

« *Art. 70-1.* – À compter du 1<sup>er</sup> mars 2013, les activités mentionnées au 5° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont financées sur la base de tarifs de prestations nationaux identiques pour les établissements de santé mentionnés respectivement aux a), b) et c) de l'article L. 162-22-6 du même code et aux d) et e) du même article.

« À compter de cette même date, un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 5° de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique est défini chaque année.

« Dans cette perspective, et d'ici au 1<sup>er</sup> mars 2013, il est procédé à une évaluation de la part des financements attribués aux établissements de santé mentionnés respectivement aux a), b) et c) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux d) et e) du même article au regard des missions assumées et des patients pris en charge. Cette évaluation fait l'objet d'un rapport remis au Parlement le 1<sup>er</sup> octobre 2012. ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le report annoncé de l'activation partielle de la tarification à l'activité (T2A) à 2013 pour les activités de soins de suite et réadaptation (SSR) accentue le décalage entre, la réglementation mise en œuvre en 2008 qui instaure un socle réglementaire commun, et le financement de ces activités qui est différencié selon le secteur d'hospitalisation.

---

En effet, les cliniques et structure privées SSR d'une part, et les hôpitaux publics et/ou assimilés d'autre part, sont respectivement financés sur la base de prix de journée, et d'une dotation annuelle de financement dont les déterminants sont déconnectés des charges qui incombent aux établissements depuis la mise en œuvre du socle réglementaire commun. En outre, la lourdeur de la prise en charge est relativement semblable dans les secteurs public et privé. En atteste la valeur moyenne de la journée en points IVA, qui est relativement proche entre les hôpitaux du service public ou assimilés et les cliniques privées (Rapport de la CNAMTS du 8 juillet 2010, « Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2011 »).

De ce fait, si les cliniques et structures privées SSR prennent en charge 33% des journées d'hospitalisation en France, elles ne bénéficient que de 23% des ressources de l'Assurance Maladie. A contrario, les établissements publics et/ou assimilés, pour 67% de cette même activité, se voient attribuer 77% des ces ressources.

Ainsi à « pathologie identique », dans le cadre d'un socle réglementaire commun et avec des intervenants qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires (seulement 15% des médecins libéraux), la prise en charge d'un patient dans une clinique privée de SSR coûte 32% moins cher que dans le secteur public. une nouvelle convention médicale

Dans un contexte de réduction des déficits publics et d'objectivation des dépenses de l'assurance maladie, la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) au 1er mars 2013 pour le financement des activités de SSR nécessite en conséquence d'être posée, intégrant le principe d'une harmonisation des tarifs entre les deux secteurs public et privé.

Fort de l'expérience de la mise en place de la T2A pour les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), la T2A SSR doit être financée à partir d'une enveloppe budgétaire commune et distribuée selon une échelle tarifaire unique. Telles sont les conditions pour mettre en œuvre une T2A SSR juste, égalitaire et non inflationniste, sans affecter la qualité de la prise en charge des patients.

La période transitoire à la mise en place de cette nouvelle tarification doit nécessairement intégrer la réalisation d'une évaluation des dispositifs de financement propre à chaque secteur, dont les résultats -qui donneront lieu à un rapport remis au Parlement- permettront d'amorcer la mise en œuvre de l'harmonisation tarifaire via l'initiation d'une fongibilité d'enveloppes DAF/OQN.