

ASSEMBLÉE NATIONALE

27 octobre 2008

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009 - (n° 1157)

| | |
|--------------|--|
| Commission | |
| Gouvernement | |

AMENDEMENT

N° 533

présenté par

Mme Hoffman-Rispal, Mme Génisson, Mme Marisol Touraine, M. Bapt,
M. Jean-Marie Le Guen, M. Mallot, M. Christian Paul, Mme Lemorton, M. Issindou, M. Féron,
M. Cahuzac, M. Terrasse, Mme Bouillé, M. Bacquet, Mme Delaunay, M. Néri,
Mme Filippetti, M. Eckert, Mme Crozon, Mme Pinville, Mme Orliac, M. Juanico,
Mme Boulestin, M. Renucci, M. Roy
et les membres du groupe Socialiste, radical, citoyen et divers gauche

ARTICLE 43

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer cet article qui prévoit que les remboursements des prestations médicales et paramédicales, ainsi que les achats de médicaments effectués par un résident à l'extérieur d'un EPHAD, et qui sont imputés sur l'enveloppe de ville, viennent en diminution de la dotation soins de l'établissement qui l'accueille.

Il est souhaitable de supprimer cet article car :

- la gestion de ce risque est du ressort de chaque CPAM qui dispose des informations utiles pour la mettre en œuvre ;
- la liberté d'aller et venir du résident en établissement et le caractère de substitut de domicile s'opposent à la gestion par le directeur des prestations visées.

Un directeur d'établissement ne peut et n'a pas à connaître (sauf à restreindre le droit des résidents qu'il accueille), ni à vérifier, que des prescriptions sont réalisées ou honorées à l'extérieur de l'établissement. On ne peut donc faire peser à la charge de l'établissement des sommes indûment

payées par une caisse, qui n'a pas mis en œuvre son pouvoir de vérification avant d'honorer un remboursement.

Il convient de réfléchir à la manière dont les établissements pourraient venir en soutien des caisses pour mieux repérer et prévenir les situations de « doubles remboursements ».

En effet, la couverture par l'EHPAD sur son « forfait soins » des prestations médicales et paramédicales liées à prise en charge des affections somatiques et psychiques, ou à la perte de l'autonomie, dépend de l'option tarifaire choisie par l'établissement dans le cadre de sa convention tripartite (options : forfait global ou forfait partiel).

Lors de son admission, le résident prend connaissance de l'organisation de l'établissement et notamment des prestations qui lui sont offertes, puis y adhère par la signature de son contrat de séjour. Ce contrat de séjour permet d'informer le résident de la prise en charge par la dotation soins de l'établissement des prestations susmentionnées. Pour autant, il traduit également les droits du résident, et notamment sa liberté d'aller et venir, le libre choix de son médecin et de son pharmacien par exemple.

Afin que l'assurance maladie puisse repérer d'éventuels « doublons » dans les demandes de prises en charge de certaines prestations, le directeur de l'EHPAD transmet à sa caisse pivot toute information utile à la gestion de ce risque (liste des résidents, nouvelles admissions). La gestion du risque d'une double prise en charge (à la fois par le biais de la dotation soin des établissements sociaux et médico-sociaux et sur l'enveloppe de ville) relève entièrement de la compétence de la caisse d'assurance maladie.