

ASSEMBLÉE NATIONALE

9 février 2009

RÉFORME DE L'HÔPITAL - (n° 1210)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 1157

présenté par
M. Bur-----
ARTICLE 13

Après l'alinéa 36, insérer les cinq alinéas suivants :

« *Art. L. 6133-8-1.* – Lorsqu'un groupement de coopération sanitaire est qualifié d'établissement de santé, il est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé, selon des modalités particulières définies par décret en Conseil d'État.

« Toutefois, lorsque l'activité exercée est une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, y compris les activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, les dispositions de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée ne sont pas applicables au financement du groupement.

« Lorsque le groupement est composé d'une part d'établissements de santé mentionnés aux a, b ou c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, d'établissements de santé mentionnés au d du même article, il peut opter soit pour l'application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux a, b et c soit pour celle des tarifs applicables aux établissements de santé mentionnés au d du même article.

« Par dérogation à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, la rémunération des médecins libéraux est versée par le groupement de coopération sanitaire lorsque ce dernier est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. Le tarif de l'acte ainsi versé au médecin est réduit d'une redevance représentative des moyens mis à sa disposition par le groupement de coopération sanitaire.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, la rémunération des médecins est versée sous la forme d'honoraires. Ces

honoraires sont versés directement par l'assurance maladie au médecin lorsque celui-ci est libéral et au groupement de coopération sanitaire lorsque le médecin est salarié. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article L. 6133-1 du CSP permet au directeur de l'ARS d'autoriser un GCS à exercer les missions de soins d'un établissement de santé ou à exploiter une autorisation détenue par l'un de ces membres. A ce titre, le GCS dispose des droits et obligations d'un établissement de santé, il est donc nécessaire d'en prévoir le financement indépendamment de ses membres. Il convient alors d'adapter les dispositions législatives afin de tenir compte des spécificités des GCS composés d'établissements de santé de statuts différents.

Le présent projet prévoit que les GCS composés d'établissements de statuts différents disposent d'un droit d'option entre l'application de l'échelle des tarifs « publics » et celle des tarifs « privés ».

Lorsqu'il est financé par application des tarifs « publics », par dérogation au principe du paiement direct des honoraires par le malade, étant inclus dans les tarifs, les honoraires des médecins libéraux sont versés par le GCS et sont réduits de la redevance due au GCS.

Lorsqu'il est financé par application des tarifs « privés », quel que soit leur statut, la rémunération des médecins étant exclue des tarifs, est versée sous la forme d'honoraires. Ces honoraires sont versés directement au médecin lorsqu'il est libéral et au GCS lorsque le médecin est salarié.