

ASSEMBLÉE NATIONALE

9 février 2009

RÉFORME DE L'HÔPITAL - (n° 1210)

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

AMENDEMENT

N° 1707

présenté par
M. Fasquelle

ARTICLE 26

Après l'alinéa 15, insérer les quatre alinéas suivants :

« e) Elle transmet avant le 15 juillet au comité de coordination visé à l'article L. 1433-1 un rapport d'orientation budgétaire indiquant les évolutions de l'organisation régionale en matière de médecine ambulatoire et des établissements et services de santé et médico-sociaux qui sont programmées pour l'année à venir, conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-6 et au schéma d'organisation médico-sociale prévu à l'article L. 1434-10, et qui sont de nature à justifier une modification de la répartition de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie entre les sous-objectifs définis au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

« Ce rapport d'orientation budgétaire est accompagné de l'avis des instances régionales énumérées au 1° et au 2° de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique.

« Les évolutions retracées dans le rapport d'orientation budgétaire respectent les dispositions du I de l'article L. 14-10-8 du code de l'action sociale et des familles relatives aux financements relevant de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, et ne peuvent se traduire par une diminution du montant des dépenses de l'année en cours affectées dans les deux sous-sections définies au 1 et au 2 du I de l'article L. 14-10-5 du même code.

« Ce rapport d'orientation budgétaire est également transmis au Parlement avant le 15 octobre par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, dans le cadre des dispositions figurant au 7° du III de l'article L.O. 111-4 et à l'article L.O. 111-6 du code de la sécurité sociale. Une synthèse nationale des évolutions retracées dans les rapports d'orientation budgétaire de chacune des agences régionales de santé est également transmise au Parlement par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées avant le 15 octobre de l'année en cours, ainsi qu'aux membres de la section plénière du comité national d'organisation sanitaire et sociale. Cette synthèse indique

les augmentations des sous-objectifs définis au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale et affectés à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, résultant des évolutions définies au premier alinéa ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Pour répondre aux appréhensions des usagers et des professionnels du secteur social et médico-social, inquiets du fait que le rassemblement des compétences sanitaires et médico-sociales au sein des agences régionales de santé ne puisse se traduire par des transferts de ressources à leur détriment et au bénéfice des secteurs les plus consommateurs – médecine de ville et hospitalisation publique - le principe d'une « fongibilité asymétrique » entre les enveloppes budgétaires a été énoncé : ainsi, le secteur social et médico-social pourrait bénéficier de transferts de ressources précédemment sanitaires mais l'inverse ne saurait intervenir.

Le présent amendement traduit concrètement cette promesse dans le projet de loi. L'amendement proposé tient compte de la nécessité de programmer et de coordonner ces transferts éventuels, d'une année sur l'autre et au plan national, d'une part, notamment pour des raisons techniques. Il propose d'autre part d'assurer leur transparence pour les différentes parties prenantes, à commencer par les parlementaires chargés de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale et de l'évaluation des résultats des politiques publiques.

Au titre des raisons techniques de cet amendement, il y a lieu de rappeler que les mécanismes de financement de la médecine ambulatoire libérale, comme la tarification à l'activité des activités sanitaires de court séjour, sont très différents de ceux relatifs aux activités médico-sociales et autres activités sanitaires concourant actuellement au service public hospitalier (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, hôpitaux locaux) : En effet et dans le premier cas, les références budgétaires sont nationales (tarifs des actes et des séjours hospitaliers) et les dépassements constatés des sous-objectifs correspondants sont constants, tandis que dans le second cas (médico-social, SSR, psychiatrie), des enveloppes régionales limitatives et des dotations globales fixées pour chaque établissement contiennent efficacement l'évolution des dépenses. Ce sont les raisons pour lesquelles il y a lieu de se référer aux modalités de détermination, pour l'année à venir, des sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie et aux règles de financement construites pour l'édification de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.