

ASSEMBLÉE NATIONALE

21 octobre 2010

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 - (n° 2854)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 16 Rect.

présenté par

M. Malherbe, M. Paternotte, Mme Gallez et M. Jeanneteau

ARTICLE ADDITIONNEL**APRÈS L'ARTICLE 43, insérer l'article suivant :**

L'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1°) Le début de la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa du I est ainsi rédigé : « Il est corrigé en fin d'année ... (*le reste sans changement*) » ;

2°) Après l'avant-dernier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les annexes mentionnées au 7° du III de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale mentionnent l'impact de ces modifications des règles de tarification ou de ces changements de régime sur l'objectif fixé en application du présent article. »

3°) Le dernier alinéa du I est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cet arrêté précise, au sein du montant total annuel des dépenses, la part de celles résultant des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième alinéa du présent article. »

4°) Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La décision du directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fixant le montant des dotations régionales limitatives précise, pour chacune des régions, la part de la dotation correspondant à la mise en œuvre des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième alinéa du I du présent article. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans un rapport publié en février 2010, une enquête conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection des finances a mis en évidence plusieurs facteurs contribuant à une sous consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense des établissements et services médico-sociaux, prévu à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles. Il ressort des conclusions de ce rapport un important manque de visibilité d'une part sur les conditions de formation de cet objectif de dépenses, d'autre part sur les modalités de sa mise en œuvre.

Cet objectif résulte de l'agrégation de deux éléments : la contribution des régimes d'assurance maladie aux dépenses des établissements et services sociaux et médico-sociaux d'une part, et la part de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée à ces dépenses d'autre part.

Les dépenses des établissements et services concernés peuvent connaître des variations résultant notamment des modifications des règles de tarification (intégration de certaines catégories de dépenses relevant précédemment des soins de ville, modification du périmètre des tarifs, ...) ou d'un changement de régime (transformation d'établissements hospitaliers en établissements sociaux et médico-sociaux).

Il en résulte des modifications de périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, expressément prévues par la loi organique sur les lois de financement de la sécurité sociale (article LO 111-4 du code de la sécurité sociale), qui sont souvent désignées sous l'appellation d'opérations de « fongibilité ». Ces modifications ont un effet particulièrement favorable sur la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Les précisions apportées par le présent amendement tendent à rendre plus visibles la part des modifications d'enveloppes résultant de ces opérations de fongibilité, et de mettre en évidence, pour les autorités de tarification, la part des crédits qui sont affectés à des modifications devant intervenir dans les règles de tarification.

Ainsi, s'agissant de l'objectif global de dépenses pour l'année 2010, il a été fixé par l'autorité ministérielle par arrêté du 9 juin, sans que rien ne permette d'identifier dans cet objectif la part de celles de ces dépenses permettant, notamment, le passage des établissements pour personnes âgées qui renouvellent leur convention prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, dite convention tripartite, dans le régime de tarif global permettant le financement par l'établissement de prestations de soins qui relevaient préalablement des soins de ville. Cette absence de visibilité a conduit les services des agences régionales de santé chargés de la tarification des établissements et services à ne pas suffisamment prendre en compte les modifications résultant de ces situations, créant la probabilité, une nouvelle fois, de crédits non consommés à la fin de l'exercice en cours.