

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

21 octobre 2010

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

Commission	
Gouvernement	

**AMENDEMENT**

N° 19 Rect.

présenté par

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

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

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

I. – Le huitième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pendant la durée de l'expérimentation et lorsque, pour un établissement, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments, le forfait global prévu au 1° de l'article L. 314-2 versé à l'établissement comprend le financement intégral des dépenses exposées au titre de ces prestations, sans que puisse lui être opposé le barème et les règles de calcul fixés, d'une part, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées, en application du II de l'article L. 314-3 et, d'autre part, par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris en application du troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale. ».

II. – Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'expérimentation continuera d'être financée par un transfert de crédits de l'assurance maladie vers l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie médico-social. »

III. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise les conséquences financières du report de l'expérimentation du forfait soins dans les EHPAD.

---

En effet, l'article L.314-8 du CASF modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD au 1er janvier 2011 à l'issue d'une expérimentation d'au maximum deux ans.

280 établissements de tous statuts participent à cette expérimentation. Comme toute expérimentation, celle-ci recèle intrinsèquement des incertitudes, notamment quand à l'évolution des dépenses de médicaments de l'établissement concerné, au regard de l'évolution de la population accueillie et des pathologies prises en charge.

Ce type de dépenses est actuellement couvert par l'Assurance maladie au titre des « soins de ville » ou, en d'autres termes, ces traitements sont pris en charge directement par l'Assurance maladie. Or les forfaits soins des établissements, tels qu'ils existent actuellement, ne permettent pas une valorisation complète d'une telle prestation puisqu'ils ne différencient que les établissements sans pharmacie à usage intérieur (et donc sans médicaments à leur charge) de ceux disposant d'une telle pharmacie. Les établissements participant à l'expérimentation ne relèvent d'aucune de ces situations puisque, selon les termes du 8ème alinéa de l'article L.314-8, il s'agit d'établissements ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur ou n'étant pas membres d'un groupement de coopération sanitaire.

Le présent amendement vise donc à sécuriser le dispositif d'accompagnement financier des établissements expérimentateurs en indiquant explicitement que le budget spécifiquement alloué à chacun d'entre eux dans ce cadre doit couvrir l'ensemble de ces dépenses de médicaments. Il permettra ainsi d'une part de ne pas pénaliser un établissement participant à cette expérimentation, et d'autre part de garantir une approche parfaitement objective de cette expérimentation, l'établissement n'ayant pas alors à se préoccuper d'un éventuel déficit sur ce poste, une telle crainte pouvant, à défaut d'une telle sécurisation, entraîner une sélection des personnes accueillies, fondée sur leur pathologie, ce qui serait susceptible de fausser les résultats de cette expérimentation.

Précisons enfin que cela ne se traduit par aucun surcoût global pour l'assurance maladie puisqu'il ne s'agit que de transférer un montant de dépenses déjà assuré au titre des « soins de ville » vers l'ONDAM médico-social.