

ASSEMBLÉE NATIONALE

28 octobre 2010

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

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N° 740

présenté par
le Gouvernement

ARTICLE ADDITIONNEL

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

Les deux derniers alinéas de l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque établissement réalisée à l'aide du référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Une commission régionale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un décret en Conseil d'État, détermine le classement définitif, en cas de désaccord entre les deux médecins mentionnés au quatrième alinéa du présent article et en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le ou les médecins chargés du contrôle et de la validation du niveau de perte d'autonomie des résidents ou de leurs besoins en soins requis.

« Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie ou des besoins en soins requis arrêtés dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les montants des éléments de tarification afférents aux soins des personnes accueillies dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont modulés selon l'état de la personne accueillie au moyen d'une grille et d'un référentiels nationaux.

Des analyses transversales sont réalisées sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional.

La loi relative aux patients, à la santé et aux territoires a prévu le transfert de compétences médico-sociales en direction des agences régionales de santé et du contrôle médical de l'assurance maladie. Or, la compétence en matière de validation des analyses transversales demeure juridiquement confiée aux médecins-conseils des organismes de l'assurance maladie.

Il est donc nécessaire de modifier l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles pour l'adapter aux dispositions de la loi relative aux patients, à la santé et aux territoires.

De plus, il est nécessaire de réviser l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles en substituant la commission régionale de coordination médicale à la commission départementale de coordination médicale.

Il convient de préciser que les crédits relatifs à la « pathossification » permettent de prendre en compte, en termes de moyens alloués, les besoins en soins requis. Le forfait de soins de chaque EHPAD est ainsi majoré afin de répondre au mieux à la prise en charge des résidents. Ces crédits Pathos sont intégralement à la charge de l'Assurance maladie.