

ASSEMBLÉE NATIONALE

24 octobre 2012

FINANCEMENT SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013 - (N° 287)

Commission	
Gouvernement	

Rejeté

AMENDEMENT

N ° 754

présenté par
Mme Greff

ARTICLE 47

Compléter cet article par les quatre alinéas suivants :

« III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° Avant le premier alinéa de l'article L. 162-22, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les ressources versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie aux établissements visés aux a), b), c), d) et e) de l'article L. 162-22-6 prennent en compte, au titre de l'accueil, de l'hébergement et des soins, la qualité des soins et la sécurité des environnements humains et techniques, le progrès des techniques médicales et l'innovation, les moyens techniques, matériels et humains pour la prise en charge des patients, la contribution de l'établissement à l'accessibilité géographique et à la permanence des soins, et l'adéquation de la prise en charge des patients dans toute la diversité de leurs pathologies et de leurs situations sociales. » ;

« 2° La première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3 est complétée par les mots : « et l'adéquation des ressources versées aux éléments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-22 ». ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le décret n° 2012-596 du 24 avril 2012 détermine les missions de service public de santé. Les établissements de santé publics et privés participent à ces missions. La ministre de la santé a engagé une réflexion sur la notion de service public hospitalier dans le cadre du pacte de confiance. Dans ces conditions, on ne peut limiter le service public hospitalier aux établissements prévues aux a), b), et c) de l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale sans que les conclusions de cette concertation n'aient été remises au Ministre.

Argumenter de cette façon la fin de la convergence tarifaire préjuge d'un choix d'organisation de soins qui revient à confier les missions de santé aux seuls acteurs publics de santé. Cette solution ne peut être retenue pour la simple raison que des missions de service public sont aujourd'hui assurées par des établissements de santé privés.

Par ailleurs, la justification de la fin de la convergence tarifaire par les missions de service public n'est pas opérante dans la mesure ces missions ne sont pas financées par la tarification à l'activité, objet de la convergence, mais par les MIGAC.

La suppression de la convergence tarifaire par l'abrogation du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 et du 3° de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale ne doit pas avoir pour incidence d'empêcher la poursuite de la rationalisation du financement de la santé par le levier que constitue la transparence de l'allocation des ressources entre les différents opérateurs de soins visés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. C'est l'objet du II du présent amendement.