

20 octobre 2009

Commission des affaires sociales

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (n° 1976)

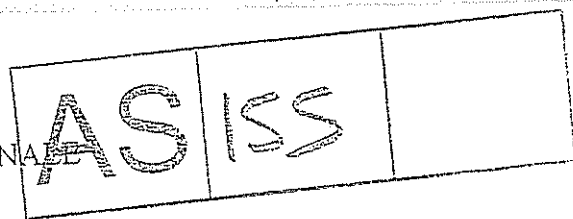
Amendements reçus par la commission à l'expiration du délai de dépôt

Liasse n° 2

Amendements aux articles *après 31 à après 33*

NB. Les amendements enregistrés et qui ont été déclarés irrecevables au regard de l'article 40 de la Constitution par le président de la commission ne sont pas diffusés.

ASSEMBLÉE NATIONALE



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°1976)

AMENDEMENT

présenté par

Mme Fraysse, Mme Billard, M. Muzeau, M. Gremetz

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 31, insérer un article ainsi rédigé:

« Après l'alinéa 2 de l'article L162-12-21 du code de la sécurité sociale, insérer l'alinéa suivant :
« Leurs efforts s'articulent autour des objectifs arrêtés par la loi de santé publique et des référentiels définis par la Haute Autorité de santé. ». »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les auteurs de cet amendement proposent de confier à la seule Haute Autorité de Santé, dont le jugement est d'ordre scientifique, l'élaboration des référentiels de bonnes pratiques qui conditionnent la souscription et l'exercice des médecins dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI).

ASSEMBLÉE NATIONALE

AS	157	
----	-----	--

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°1976)

AMENDEMENT

présenté par

Mme Fraysse, Mme Billard, M. Muzeau, M. Gremetz

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 31

Compléter l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale par l'alinéa suivant :

« Les caisses d'assurance-maladie inscrivent à l'ordre du jour de l'organisme paritaire national prévu par l'accord national des centres de santé l'application à ces centres de l'ensemble des dispositions conventionnelles qu'elles concluent avec les différentes catégories de professionnels libéraux dans un délai de trois mois après leur signature. Sauf opposition d'une des parties, ces dispositions conventionnelles deviennent applicables aux centres de santé et sont formalisées dans un avenant à l'accord national des centres de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à obliger les caisses d'assurance-maladie à transposer les dispositions contenues dans les conventions avec les professionnels libéraux aux centres de santé.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN, Etienne PINTE

ARTICLE ADDITIONNEL

34

Après l'article 34, ajouter un article ainsi rédigé :

«Le quatrième alinéa du I de l'article L 162-73-3 du code de la sécurité sociale est rédigé de la manière suivante :

« Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'Etat en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre parlementaires désignés conjointement par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat, quatre représentants désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, quatre représentants désignés par les organisations hospitalières publiques et privées les plus représentatives.

EXPOSE SOMMAIRE

Le comité économique des produits de santé prend des décisions de haute importance pour la collectivité nationale, en termes d'arbitrage sur les niveaux de financement solidaire des spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux.

Ces décisions ont des répercussions considérables sur l'ensemble du système, or il s'avère que la rapidité de progression des ressources affectées aux spécialités et dispositifs tarifés dépasse très largement le rythme global des ONDAM successifs.

Par voie de conséquence, les tarifs hospitaliers publics et privés sont pénalisés par l'impact de ces charges de spécialités pharmaceutiques et dispositifs tarifés en sus, puisque les sommes croissantes, avec des progressions annuelles à deux chiffres, affectées à cet objet pénalisent l'enveloppe disponible ensuite pour les tarifs.

Le présent amendement propose de renforcer la transparence des travaux de cette instance, en y intégrant des parlementaires, d'une part, et le contrôle technique sur les travaux d'analyse menés et les conséquences ultérieures sur les établissements de santé, avec une participation des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées.

AS	364	
----	-----	--

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2010 (N° 1786)

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie**

Article additionnel après l'article 31

A titre expérimental, à compter du 1^{er} juillet 2010 et pour une période de deux ans, des agences régionales de santé peuvent autoriser l'exercice d'activités d'anesthésie et de chirurgie hors des établissements de santé.

Un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la haute Autorité de santé fixe les modalités d'application du présent article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans son rapport sur les charges et les produits de l'assurance maladie pour 2009, la CNAMTS montre que les structures extra-hospitalières de chirurgie ambulatoire existant dans divers pays de l'OCDE, notamment au Canada, permettent de prendre en charge les patients dans d'excellentes conditions de sécurité et pour un coût inférieur à celui d'une hospitalisation classique.

AS	365	
----	-----	--

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2010 (N° 1786)

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie**

Article additionnel après l'article 34

Le deuxième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de l'article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il organise le développement des activités de dialyse à domicile. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à encourager le développement de la dialyse à domicile, moins coûteuse que la dialyse en établissement, comme la montré un récent rapport de la CNAMTS.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 - (n°)

AMENDEMENT N°

présenté par Paul JEANNETEAU, Yves BUR, députés

Jean-Pierre Dour et Denis Jacquet

IA. - Avant l'alinéa 1, insérer les 5 alinéas suivants : Article 32

Les dispositions du VI de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement pour la sécurité sociale pour 2004, sont remplacées par les dispositions suivantes :

« VI. - Les dispositions du I, à l'exclusion du 4ème alinéa, celles du II, du V, à l'exception du G, et du VII du présent article sont applicables aux établissements de santé de Guyane mentionnés aux a et b de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, selon des modalités et un calendrier fixés par décret, et sous les réserves suivantes :

1° au 2ème alinéa du B du V, la référence « 2008 » est remplacée par « 2010 » ;

2° Au 3ème alinéa du C et au D du V, la référence 2012 est remplacée par « une date fixée par décret ».

Ces dispositions entrent en vigueur au 1er janvier 2010. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

En 2004, disposant d'un système d'informations insuffisant, les trois établissements de santé antérieurement sous dotation globale de Guyane n'étaient pas en mesure de mettre en œuvre la tarification à l'activité. Dans l'attente de l'amélioration de leur système d'information, il a été décidé de surseoir à leur appliquer la réforme de la tarification jusqu'en 2009. Les textes actuellement en vigueur emportent le passage dès 2010 en T2A de ces établissements mais, en les alignant de facto sur les établissements passés sous T2A en 2004, ce qui ne leur laisse que deux années de convergence (2010 et 2011).

Les établissements de santé de Guyane ont réalisé des efforts importants pour améliorer leur système d'information, les obstacles sont donc levés et il convient désormais de leur appliquer la T2A à compter de 2010 conformément aux dispositions initialement fixées (VI de l'article 33 de la LFSS pour 2004). Toutefois, il convient de prévoir des modalités de transition, compatibles avec leur situation et comparable en durée avec ce qui a été fait pour les autres établissements : le décret d'application de cette mesure législative pourrait ainsi prévoir une durée de convergence intra sectorielle de 8 ans.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE 32

Supprimer *l'article 1 (I)*.

EXPOSE SOMMAIRE

Fruit d'une volonté politique forte, la réforme de la T2A adoptée en 2003 visait à éliminer les disparités de financement entre les établissements publics et privés en faisant converger leurs tarifs pour appliquer le principe selon lequel « à prestation identique, tarif identique ».

Cette réforme nécessitait une mise en oeuvre progressive dont le législateur en a fixé le terme en 2012. Cette période de huit ans avait été jugé suffisante pour lisser les effets de revenu subis par les établissements en raison du processus de convergence tarifaire appliqué dès le début de la réforme.

De grands espoirs sont placés dans la T2A et sa capacité à modifier en profondeur la gestion du secteur hospitalier.

En 2008 un rapport du ministère de la Santé au Parlement sur la convergence tarifaire intersectorielle précisait que le tarif moyen des cliniques est 37% inférieur à celui des hôpitaux en 2008, après inclusion notamment des honoraires et en se fondant sur la structure d'activité du secteur public.

Aussi, dans le contexte économique actuel et dans un objectif de maîtrise et de transparence des coûts, il convient de respecter l'engagement du législateur.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2010 (n°1976)

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Michel Issindou, Catherine Lemorton, Jean Mallot, Catherine Génisson, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Jean-Marie Le Guen, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Patrick Roy, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Michèle Delaunay, Christian Paul, Monique Iborra, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche.

Article 32

Rediger ainsi :

~~Supprimer~~ l'alinéa 1 de cet article, ~~et supprimer par :~~

« Le VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est supprimé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer la convergence tarifaire conduite à « marche forcée » entre les hôpitaux publics et les cliniques privées.

Par cet article, le Gouvernement se contente de reporter la convergence à 2018 au lieu de 2012.

Or ce dispositif doit être supprimé car les hôpitaux publics connaissent des réelles difficultés financières, tandis que les marges des établissements de santé à but lucratif sont très élevées. De plus, les modalités de détermination des coûts des séjours sont différentes. Les honoraires médicaux ne sont pas intégrés dans les coûts des séjours des cliniques privées, alors même que les rémunérations des professionnels médicaux font parties du coût des séjours des établissements publics qui est un coût « global ».

Pour cette raison, la régulation prix-volume n'a pas, à ce jour, le même impact selon le secteur d'exercice et elle s'effectue au détriment de l'hôpital public : son coût de séjour est effectivement « tout compris » alors que dans le privé, les honoraires sont soumis aux résultats de la négociation conventionnelle.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE 32

Après l'article 1, insérer les 3 articles suivants :

Le 1° de l'article L162-22-10 du Code de la Sécurité sociale est remplacé par le paragraphe suivant :

« 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré qui sont décomposés en deux tarifs, l'un pour les prestations de soins des établissements de santé et l'autre, pour les établissements prévus aux a), b) et c) ci-dessus, pour les prestations rémunérant les moyens médicaux et les services médico-techniques mis en oeuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ; »

« La perte de recettes éventuelle pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

~~Article 32~~

EXPOSE SOMMAIRE

L'alignement des tarifs publics sur la somme : tarifs cliniques + honoraires médicaux et médico-techniques, est techniquement très complexe. Les honoraires sont en effet calculés sur une base propre (CCAM) et non sur la base des GHS. Il est donc impossible en pratique de garantir l'égalité des montants facturés. De plus, les honoraires et les tarifs étant fixés en application de règles distinctes, il n'y a aucune raison que l'égalité puisse être maintenue dans le temps. Le présent amendement vise donc à rémunérer chaque séjour dans un établissement public sur la base de deux GHS :

- l'un dit de frais de séjour correspondant aux dépenses (hors honoraires) des cliniques.
- l'autre calculé sur la base des coûts réels moyens des seuls établissements publics correspondant au champ couvert par les honoraires médicaux et les services médico-techniques (SMT).

Projet de loi Financement de la Sécurité Sociale 2010
Amendement présenté par M. JL Prétel, ~~Philippe L...~~ Claude Leteurre

Article 32

Après l'alinéa 2, insérer les 3 alinéas suivants :

1°) Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du Code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés au 1° et 2° du I du présent article, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale ».

2°) En conséquence, dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9 du Code de la sécurité sociale, les références « 1° à 3° » sont remplacés par les références : « 1° à 4° ».

Exposé des motifs :

Il s'agit de la prise en compte des écarts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes entre les catégories d'établissements dans le cadre de la convergence tarifaire.

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité locale.

Il s'agit, en effet, de contraintes exogènes pesant inégalement sur les diverses catégories d'établissements.

Il est proposé, en conséquence, qu'un coefficient correcteur soit instauré afin de tenir compte de ce différentiel qui résulte, au même titre que le coefficient géographique déjà prévu par la loi, « de contraintes spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente, et substantielle le prix de revient de certaines prestations ».

Lors des débats parlementaires pour la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 puis de 2009, et notamment lors de la séance du Sénat du 19 novembre 2008, plusieurs parlementaires de toutes appartenances avaient interpellé la Ministre sur :

- III. Le caractère objectif et documenté par un rapport de l'IGAS datant de 2006 sur le différentiel de charges sociales supporté par les établissements privés à but non lucratif par rapport aux établissements publics, alors qu'ils relèvent de la même échelle tarifaire ;,
- IV. L'impossibilité de toujours renvoyer à plus tard, au motif d'études complémentaires, dans le cadre des études relatives aux modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire.

Compte-tenu de l'annonce faite par la Ministre d'un report des échéances de la convergence à 2018, à l'occasion des débats sur la loi HPST, il n'est plus possible désormais de demander aux établissements privés d'attendre cette date lointaine pour compenser ce désavantage tarifaire très important. L'étude de l'IGAS de mars 2007 l'a établi à 4,05 % de la masse salariale des établissements privés (page 5), incluant la taxe sur les salaires, compte non-tenu qui plus est du différentiel correspondant aux autres charges fiscales.

Aussi il serait logique d'avancer sur une première étape en 2010, pour ce qui concerne les charges sociales, et de compléter en 2011 avec des études sur les autres composantes fiscales du différentiel de charges. La mise en place législative d'un coefficient correcteur de charges est la première étape nécessaire de cette progressivité.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN, Etienne PINTE

ARTICLE ADDITIONNEL

32

~~Après l'article 32, ajouter un article ainsi rédigé :~~*Après l'article 1, insérer les 3 articles suivants :*

I- «1°) Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du Code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés au 1° et 2° du I du présent article, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale ».

II- En conséquence, dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9 du Code de la sécurité sociale, les références « 1° à 3° » sont remplacés par les références : « 1° à 4° ».

III- « La perte de recettes éventuelle pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

EXPOSE SOMMAIRE

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité locale.

Il s'agit, en effet, de contraintes qui pesent inégalement sur les diverses catégories d'établissements.

Il est proposé, en conséquence, qu'un coefficient correcteur soit instauré afin de tenir compte de ce différentiel qui résulte, au même titre que le coefficient géographique déjà prévu par la loi, « de contraintes spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente, et substantielle le prix de revient de certaines prestations ».

Lors des débats parlementaires pour la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 puis de 2009, et notamment lors de la séance du Sénat du 19 novembre 2008, plusieurs parlementaires avaient interpellé la Ministre sur :

- Le caractère objectif et documenté par un rapport de l'IGAS datant de 2006 sur le différentiel de charges sociales supporté par les établissements privés à but non lucratif par rapport aux établissements publics, alors qu'ils relèvent de la même échelle tarifaire ;,
- L'impossibilité de toujours renvoyer à plus tard, au motif d'études complémentaires, dans le cadre des études relatives aux modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire.

Compte-tenu de l'annonce faite par la Ministre d'un report des échéances de la convergence à 2018, à l'occasion des débats sur la loi HPST, il n'est plus possible désormais de demander aux établissements privés d'attendre cette date lointaine pour compenser ce désavantage tarifaire très important. L'étude de l'IGAS de mars 2007 l'a établi à 4,05 % de la masse salariale des établissements privés (page 5), incluant la taxe sur les salaires, compte non-tenu qui plus est du différentiel correspondant aux autres charges fiscales.

Aussi il serait logique d'avancer sur une première étape en 2010, pour ce qui concerne les charges sociales, et de compléter en 2011 avec des études sur les autres composantes fiscales du différentiel de charges. La mise en place législative d'un coefficient correcteur de charges est la première étape nécessaire de cette progressivité.

AS

329

Projet de loi de financement
de la sécurité sociale

AMENDEMENT DE REMI DELATTE

Article 32

APRÈS

~~Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la~~

~~convergence tarifaire les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires~~

~~particulières en matière sociale et fiscale.~~

~~Il s'agit, en effet, de contraintes exogènes pesant inégalement sur les diverses catégories~~

~~d'établissements.~~

Après l'article 1, insérer les 3 articles suivants :

~~Le Code de la sécurité sociale est ainsi modifié :~~

1°) Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du Code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés au 1° et 2° du I du présent article, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale ».

2°) En conséquence, dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9 du Code de la sécurité sociale, les références « 1° à 3° » sont remplacées par les références : « 1° à 4° ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité locale.

Il s'agit, en effet, de contraintes exogènes pesant inégalement sur les diverses catégories d'établissements.

Il est proposé, en conséquence, qu'un coefficient correcteur soit instauré afin de tenir compte de ce différentiel qui résulte, au même titre que le coefficient géographique déjà prévu par la loi, « de contraintes spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente, et substantielle le prix de revient de certaines prestations ».

Lors des débats parlementaires pour la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 puis de 2009, et notamment lors de la séance du Sénat du 19 novembre 2008, plusieurs parlementaires de toutes appartenances avaient interpellé la Ministre sur :

- Le caractère objectif et documenté par un rapport de l'IGAS datant de 2006 sur le différentiel de charges sociales supporté par les établissements privés à but non lucratif par rapport aux établissements publics, alors qu'ils relèvent de la même échelle tarifaire ;
- L'impossibilité de toujours renvoyer à plus tard, au motif d'études complémentaires, dans le cadre des études relatives aux modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire.

Compte-tenu de l'annonce faite par la Ministre d'un report des échéances de la convergence à 2018, à l'occasion des débats sur la loi HPST, il n'est plus possible désormais de demander aux établissements privés d'attendre cette date lointaine pour compenser ce désavantage tarifaire très important. L'étude de l'IGAS de mars 2007 l'a établi à 4,05 % de la masse salariale des établissements privés (page 5), incluant la taxe sur les salaires, compte non-tenu qui plus est du différentiel correspondant aux autres charges fiscales.

Aussi il serait logique d'avancer sur une première étape en 2010, pour ce qui concerne les charges sociales, et de compléter en 2011 avec des études sur les autres composantes fiscales du différentiel de charges. La mise en place législative d'un coefficient correcteur de charges est la première étape nécessaire de cette progressivité.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010 - (n°)

AMENDEMENT N°

présenté par Paul JEANNETEAU, Yves BUR, Isabelle VASSEUR, députés

Jean-Pierre Door et Denis Jacquat

Article ~~XX~~ 32

Ibis. - Après l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

Le dernier alinéa du I de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié : la référence « II » est remplacée par la référence « II bis ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le I l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale prévoit que, chaque année, les tarifs des prestations d'hospitalisation entrent en vigueur le 1^{er} mars. Le II bis du même article, introduit par la LFSS pour 2009, précise que ces tarifs peuvent être modifiés en cours d'année sur avis du comité d'alerte en cas de risque sérieux de dépassement de l'ONDAM. Toutefois, le I n'a pas été corrigé par la LFSS pour 2009 et omet de ce fait de renvoyer à l'exception prévu au II bis. Il s'agit donc d'une disposition de cohérence

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 - (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

32

~~Après l'article 32, ajouter un article ainsi rédigé :~~*Après l'article 1, insérer l'article 32**champs suivants :**Idem* Au I. de l'article L162-22-10 du Code de la Sécurité sociale, ajouter un 4° ainsi rédigé :

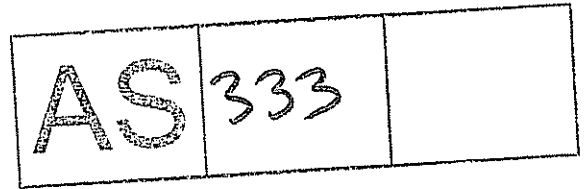
« Le cas échéant, les coefficients d'aménagement du territoire s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, afin de tenir compte des situations qui affectent certains établissements et de leur permettre d'améliorer leur capacité d'attractivité des personnels en raison de leur isolement géographique. »

« La perte de recettes éventuelle pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

EXPOSE SOMMAIRE

Si le principe même de la tarification à l'activité est la fixation de tarifs nationaux pour l'ensemble des établissements de santé quel que soit leur statut, en revanche, des facteurs ayant des conséquences non négligeables sur le prix de revient des prestations ou sur l'activité desdits établissements doivent être pris en compte sous la forme de coefficients correcteurs.

Certains établissements de santé situés dans des zones d'isolement sanitaire doivent pouvoir bénéficier de tarifs corrigés tenant compte des sujétions et coûts supplémentaires liés à leur situation.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour
l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article 32

alinéa 1

Après ~~le~~, insérer les deux paragraphes suivants :

« I bis – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Dans la première phrase du V. de l'article L. 162-22-10, substituer
à la date :

« 15 octobre »

la date :

« 15 juin ».

I ter –

1° Dans la dernière phrase du premier alinéa du VII de l'article 33
de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n°2003-1199 du
18 décembre 2003), substituer à la date :

« 15 octobre »

la date :

« 15 juin ».

2° Ajouter après la dernière phrase du premier alinéa du VII de
l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 une
phrase ainsi rédigée :

« Ce bilan contiendra également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a prévu que le Gouvernement remet, chaque année avant le 15 octobre, un rapport au Parlement *« sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés, disposition désormais codifiée à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale »*.

Par ailleurs, le VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 dispose qu'« *un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 octobre de chaque année* » jusqu'à la date d'achèvement du processus.

Enfin, le VI de l'article 1^{er} de la loi dite « HPST » dispose que *« jusqu'en 2018, le rapport prévu au V de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est transmis au Parlement en même temps que le bilan d'avancement du processus de convergence mentionné au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 »*.

La date fixée pour la remise annuel de ces rapports apparaît trop tardive pour qu'ils puissent être utilement exploités dans le cadre de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale. Pourtant, l'importance et la complexité du sujet nécessitent une bonne information en amont du Parlement. C'est pourquoi il est proposé d'avancer au 15 juin la date de remise de ces rapports.

Par ailleurs, le report à 2018 de l'achèvement de la convergence intersectorielle ne doit pas conduire à l'inertie et des efforts concrets doivent au contraire être réalisés avant cette date pour rapprocher les tarifs des établissements publics vers les tarifs des cliniques privées, considérées par le rapport de l'IGAS de janvier 2006 comme ceux des établissements les plus efficaces. A cet effet, il est proposé que le rapport sur le bilan d'avancement du processus de convergence contienne un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la

réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE 32

Après l'article 1, insérer le 3ème alinéa suivant :

L bis

~~Le paragraphe 1 de l'article L162-22-10 du Code de la Sécurité sociale est remplacé par le paragraphe~~

« Au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale remplacer le premier paragraphe par le paragraphe suivant :

A compter du 1^{er} mars 2011 et jusqu'au 31 décembre 2017, il est créé pour les établissements prévus au a), b) et c) de l'article L162-22-6 du Code de la Sécurité sociale une dotation de convergence correspondant au différentiel entre les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L162-22-10 du Code de la Sécurité sociale à la date du 1^{er} mars 2010 et ceux afférant aux prestations de soins prévues au 1° de l'article L162-22-6 du même code. Sur le fondement des études menées afin de déterminer les coûts des prestations, cette dotation est affectée au 31 décembre 2008 à la dotation prévue à l'article L162-22-13. »

« La perte de recettes éventuelle pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

~~Le paragraphe 1 de l'article L162-22-10 du Code de la Sécurité sociale est remplacé par le paragraphe~~

EXPOSE SOMMAIRE

Pour aligner les tarifs des hôpitaux sur ceux des cliniques il est nécessaire de compenser intégralement la perte de revenus par des crédits dédiés sous forme d'une dotation de convergence.

Cette opération garantit aux établissements leur « stock » de ressources.

En revanche, toute activité supplémentaire générée à compter de la date de mise en place est payée au tarif unique (majorée du GHS rémunérations médicales et Services Médico-Technique).

Il convient en effet de distinguer le stock des ressources du flux c'est-à-dire de faire la part de la remise en cause, qui ne peut être que très progressive, des écarts de revenus issus de l'histoire propre à chaque secteur, des revenus générés par l'activité nouvelle des établissements.

L'alignement des tarifs de séjour publics sur ceux du secteur hospitalier privé se traduit par une

réduction de ressources de 7,3 Mds €, compensés aux établissements publics sous forme de dotation de convergence, dont le présent amendement porte création.

Projet de loi Financement de la Sécurité Sociale 2010
Amendement présenté par M. JL Prél, ~~Philippe Lotté~~ Claude Leteurre

Article 32

~~Il est inséré à l'article 32 un dernier alinéa ainsi rédigé :~~ *Après l'alinéa 1, insérer l'alinéa 1 suivant.*

Ibid. 4. Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour l'année 2004, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient, notamment, compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ».

Exposé des motifs :

Il s'agit de la prise en compte des écarts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes entre les catégories d'établissements dans le cadre de la convergence tarifaire.

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité locale.

Il s'agit, en effet, de contraintes exogènes pesant inégalement sur les diverses catégories d'établissements.

Il est proposé, en conséquence, qu'un coefficient correcteur soit instauré afin de tenir compte de ce différentiel qui résulte, au même titre que le coefficient géographique déjà prévu par la loi, « de contraintes spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente, et substantielle le prix de revient de certaines prestations ».

Lors des débats parlementaires pour la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 puis de 2009, et notamment lors de la séance du Sénat du 19 novembre 2008, plusieurs parlementaires de toutes appartenances avaient interpellé la Ministre sur :

- I. Le caractère objectif et documenté par un rapport de l'IGAS datant de 2006 sur le différentiel de charges sociales supporté par les établissements privés à but non lucratif par rapport aux établissements publics, alors qu'ils relèvent de la même échelle tarifaire ;,
- II. L'impossibilité de toujours renvoyer à plus tard, au motif d'études complémentaires, dans le cadre des études relatives aux modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire.

Compte-tenu de l'annonce faite par la Ministre d'un report des échéances de la convergence à 2018, à l'occasion des débats sur la loi HPST, il n'est plus possible désormais de demander aux établissements privés d'attendre cette date lointaine pour compenser ce désavantage tarifaire très important. L'étude de l'IGAS de mars 2007 l'a établi à 4,05 % de la masse salariale des établissements privés (page 5), incluant la taxe sur les salaires, compte non-tenu qui plus est du différentiel correspondant aux autres charges fiscales.

Aussi il serait logique d'avancer sur une première étape en 2010, pour ce qui concerne les charges sociales, et de compléter en 2011 avec des études sur les autres composantes fiscales du différentiel de charges. La mise en place législative d'un coefficient correcteur de charges est la première étape nécessaire de cette progressivité.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN, Etienne PINTE

ARTICLE ADDITIONNEL

32

~~Après l'article 32, ajouter un article ainsi rédigé :~~

Ibis I- « Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour l'année 2004, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient, notamment, compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale »

II- « La perte de recettes éventuelle pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

EXPOSE SOMMAIRE

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité locale.

Il s'agit, en effet, de contraintes qui pèsent inégalement sur les diverses catégories d'établissements.

Il est proposé, en conséquence, qu'un coefficient correcteur soit instauré afin de tenir compte de ce différentiel qui résulte, au même titre que le coefficient géographique déjà prévu par la loi, « de contraintes spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente, et substantielle le prix de revient de certaines prestations ».

Lors des débats parlementaires pour la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 puis de 2009, et notamment lors de la séance du Sénat du 19 novembre 2008, plusieurs parlementaires avaient interpellé la Ministre sur :

- Le caractère objectif et documenté par un rapport de l'IGAS datant de 2006 sur le différentiel de charges sociales supporté par les établissements privés à but non lucratif par

- Le caractère objectif et documenté par un rapport de l'IGAS datant de 2006 sur le différentiel de charges sociales supporté par les établissements privés à but non lucratif par rapport aux établissements publics, alors qu'ils relèvent de la même échelle tarifaire ;
- L'impossibilité de toujours renvoyer à plus tard, au motif d'études complémentaires, dans le cadre des études relatives aux modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire.

Compte-tenu de l'annonce faite par la Ministre d'un report des échéances de la convergence à 2018, à l'occasion des débats sur la loi HPST, il n'est plus possible désormais de demander aux établissements privés d'attendre cette date lointaine pour compenser ce désavantage tarifaire très important. L'étude de l'IGAS de mars 2007 l'a établi à 4,05 % de la masse salariale des établissements privés (page 5), incluant la taxe sur les salaires, compte non-tenu qui plus est du différentiel correspondant aux autres charges fiscales.

Aussi il serait logique d'avancer sur une première étape en 2010, pour ce qui concerne les charges sociales, et de compléter en 2011 avec des études sur les autres composantes fiscales du différentiel de charges. La mise en place législative d'un coefficient correcteur de charges est la première étape nécessaire de cette progressivité.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 - (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE 32

~~Après l'article 32, insérer les 3 articles suivants :~~ Après l'article 1, insérer les 3 articles suivants :

~~Après l'article 32, insérer les 3 articles suivants :~~ Au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale à la fin du premier paragraphe ajouter la phrase suivante :

« A compter du 1^{er} mars 2011 et afin de définir le processus de convergence il est institué une échelle commune des tarifs des établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L162-22-6 fondée sur une étude nationale de coûts ».

« La perte de recettes éventuelle pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

~~En conséquence, de l'ordonnance~~

EXPOSE SOMMAIRE

Il est nécessaire de poursuivre les études permettant d'évaluer la pertinence de la dotation de convergence nouvellement définie. Cette dotation de convergence est une enveloppe provisoire, ses ressources ayant vocation à être transférées vers les MIGAC (missions de service public) ou à être réintégrées pour la part correspondant à un strict écart de productivité, dans l'enveloppe « tarifs » au profit des établissements publics et privés ou remises à disposition de l'ONDAM.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE 32

Après l'article 1, insérer les 3 articles suivants :

bis A la fin du VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale ajouté la phrase :

« A compter du 1^{er} mars 2010 et afin de faciliter le processus de convergence, une liste de tarifs de prestations est arrêtée avec des valeurs identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale afin de permettre une économie d'un montant minimum de 150 millions d'euros annuels. »

« La perte de recettes éventuelle pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

En conséquence, le II de l'article VI :

EXPOSE SOMMAIRE

L'exposé des motifs de l'article 32 annonce que parallèlement au report de la convergence à 2018 et dans le souci de ne pas interrompre le processus de convergence, des « rapprochements tarifaires seront réalisés dès 2010 sur quelques dizaines de tarifs de groupes homogènes de séjours (GHS) pour une économie d'un montant de 150 millions d'euros. »
La présente disposition permet d'inscrire dans la loi ces rapprochements.

- rapport aux établissements publics, alors qu'ils relèvent de la même échelle tarifaire ;,
- L'impossibilité de toujours renvoyer à plus tard, au motif d'études complémentaires, dans le cadre des études relatives aux modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire.

Compte-tenu de l'annonce faite par la Ministre d'un report des échéances de la convergence à 2018, à l'occasion des débats sur la loi HPST, il n'est plus possible désormais de demander aux établissements privés d'attendre cette date lointaine pour compenser ce désavantage tarifaire très important. L'étude de l'IGAS de mars 2007 l'a établi à 4,05 % de la masse salariale des établissements privés (page 5), incluant la taxe sur les salaires, compte non-tenu qui plus est du différentiel correspondant aux autres charges fiscales.

Aussi il serait logique d'avancer sur une première étape en 2010, pour ce qui concerne les charges sociales, et de compléter en 2011 avec des études sur les autres composantes fiscales du différentiel de charges. La mise en place législative d'un coefficient correcteur de charges est la première étape nécessaire de cette progressivité.

Projet de loi Financement de la Sécurité Sociale 2010
Amendement présenté Par JL Prél, ~~Philippe Juhan~~ Claude Leteurre

Article 32

~~Après l'alinéa 1, insérer les 2 alinéas suivants.~~ *Après l'alinéa 1, insérer les 2 alinéas suivants.*

Ibis A la fin du VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale ajouter la phrase :

« Un programme précisant la méthode et les étapes permettant de réaliser la convergence intersectorielle des tarifs avant la date fixée au 1^{er} alinéa du présent article est remis au Parlement avant le 1^{er} mars 2010. »

Exposé des motifs :

Le report de la convergence intersectorielle en 2018 ne peut être acceptable qu'à condition qu'un cheminement précis soit transmis au Parlement par le Gouvernement. Ce cheminement serait inscrit dans un programme remis au Parlement au début de l'année 2010 et faisant l'objet d'un suivi au moment de chaque présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE 32

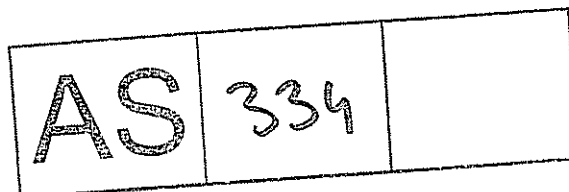
~~Après l'article 32 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale~~ Après l'article 32, insérer les lignes suivantes.

Ibis « A la fin du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale ajouter la phrase :

« Un programme précisant la méthode et les étapes permettant de réaliser la convergence intersectorielle des tarifs avant la date fixée au 1^{er} alinéa du présent article est remis au Parlement avant le 1^{er} mars 2010. »

EXPOSE SOMMAIRE

Le report de la convergence intersectorielle en 2018 ne peut être acceptable qu'à condition qu'un cheminement précis soit transmis au Parlement par le Gouvernement. Ce cheminement serait inscrit dans un programme remis au Parlement au début de l'année 2010 et faisant l'objet d'un suivi au moment de chaque présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour
l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article 32

À l'alinéa 5

~~Au premier alinéa du 2° du II de l'article,~~ substituer à la référence :

« L. 174-1-1 »

la référence :

« L. 174-2-1 »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit de la rectification d'une erreur matérielle.

Il est souhaitable de la réintégrer en précisant que l'expérimentation se déroulerait pour trois ans.

L'enjeu de cette mesure est de permettre à un praticien des hôpitaux de remplir ses obligations de service à l'hôpital sur une période condensée de 6 mois et d'exercer une autre activité en dehors de l'hôpital pendant les 6 autres mois de l'année.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN, Etienne PINTE

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 32, ajouter un article ainsi rédigé :

« L'article L 6133-7 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Ce groupement poursuit un but non lucratif. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements de santé privés. Le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements publics de santé.

Lorsque le groupement de coopération sanitaire titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins est exclusivement composé d'établissements publics de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent, sous les réserves suivantes :

1° Les fonctions de l'administrateur du groupement sont exercées en sus des fonctions du directeur mentionnées à l'article L. 6143-7 ;

« 2° Le conseil de surveillance est composé comme suit :

« a) Cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements sur le territoire desquels les établissements membres sont implantés ;

« b) Cinq représentants du personnel médical et non-médical du groupement de coopération sanitaire qualifié d'établissement public de santé, dont trois désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement ;

« c) Cinq personnalités qualifiées, parmi lesquelles deux désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois, dont deux représentants des usagers au sens de l'article L. 1114-1, désignées par le représentant de l'État dans le département.

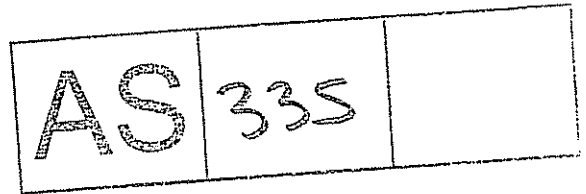
Un rapport est remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, pour évaluer les différentes modalités et règles à déterminer pour le fonctionnement et la gouvernance lorsqu'un même groupement de coopération sanitaire titulaire d'une ou plusieurs

autorisations d'activités de soins est constitué d'un ou plusieurs établissements de santé privés, d'une part, et d'un ou plusieurs établissements publics de santé, d'autre part.»

EXPOSE SOMMAIRE

Le présent amendement vise à modifier les règles applicables aux groupements de coopération sanitaire titulaires d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins. Car elles ne sont pas adaptées aux besoins des établissements de santé privé non lucratifs qui, en l'absence d'une adaptation des règles actuelles, craignent un arrêt de ces coopérations.

La constitution des groupements de coopération sanitaire est essentielle à la bonne organisation du système de soin et à l'optimisation de ses dépenses.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour
l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article additionnel après l'article 32

Après l'article L. 6145-17 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6145-18 ainsi rédigé :

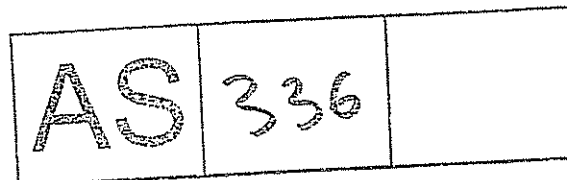
« *Art. L. 6145-18.* - Lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat de l'activité principale, le directeur peut décider, après concertation avec le directoire, de répartir tout ou partie de cet excédent aux personnels de l'établissement. Le montant global des primes d'intéressement distribuées aux bénéficiaires ne peut dépasser 10 % du montant total des salaires bruts ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements publics de santé ne disposent pas actuellement de dispositifs d'intéressement financier des personnels, les encourageant à développer l'efficience dans la prise en charge, ni à valoriser les initiatives individuelles ou collectives permettant une certaine réactivité dans l'évolution des organisations.

Il est donc proposé de permettre aux établissements de pratiquer une politique d'intéressement des personnels, afin que ces derniers soient mobilisés autour des enjeux d'efficience et de retour à l'équilibre économique dans le cadre de leurs activités, en particulier au titre de réorganisations et de coopérations inter hospitalières.

D'après les éléments d'information recueillis, le gouvernement a affiché un objectif politique de développement de l'intéressement dans la fonction publique et les syndicats ont été informés qu'un système d'intéressement collectif serait mis en place pour l'État dès 2010 avec l'objectif de l'étendre aux autres fonctions publiques. Une réflexion approfondie sur le sujet doit donc encore être menée dans les mois qui viennent mais l'amendement proposé vise dans ce cadre à rappeler l'intérêt d'un tel dispositif pour les établissements de santé.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour
l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article additionnel après l'article 32

Après l'article L. 6152-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6152-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 6152-7. - Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux peuvent être prévues, dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer pour une durée de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi. Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les modalités de ces expérimentations, les établissements qui en sont chargés, les conditions de mise en œuvre et d'évaluation. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Plusieurs établissements publics de santé des départements et des collectivités d'outre-mer font face à des difficultés de recrutement et de fidélisation des praticiens des hôpitaux. L'amendement proposé a pour objet de permettre, à titre expérimental, le recrutement de praticiens hospitaliers avec une organisation du temps de travail annualisée.

Adoptée par l'Assemblée nationale et le Sénat lors de l'examen de la loi HPST, cette disposition a été retirée suite à son examen par le Conseil constitutionnel, invalidant toute expérimentation portée par voie législative sans mention de durée.

Il est souhaitable de la réintégrer en précisant que l'expérimentation se déroulerait pour trois ans.

L'enjeu de cette mesure est de permettre à un praticien des hôpitaux de remplir ses obligations de service à l'hôpital sur une période condensée de 6 mois et d'exercer une autre activité en dehors de l'hôpital pendant les 6 autres mois de l'année.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 32, ajouter un article ainsi rédigé :

« Au 4^{ème} alinéa de l'article L6323-1 du Code de la Santé Publique supprimer les mots :

« publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif »

EXPOSE SOMMAIRE

Les centres de santé doivent pouvoir être créés par tout type d'établissement de santé quel que soit le statut. Ces centres garantissent une prise en charge aux tarifs conventionnels et sont donc un gage d'accès aux soins. Ils doivent donc voir leur développement sur le territoire promu étant entendu que ce développement s'inscrit dans le cadre du schéma d'organisation des soins établi par l'agence régionale de santé.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN, Etienne PINTÉ

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 32, ajouter un article ainsi rédigé :

I- «Le 5 ° de l'article L 162-14-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L 242-11, L 645-2 et L 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu-d'installation ou d'exercice, sans pouvoir minorer celle-ci du fait de formes particulières d'exercice comme dans le cadre de maisons de santé, de pôles de santé ou en coopération avec des établissements de santé délivrant des soins à domicile ou des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent. »

II- « La perte de recettes éventuelle pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

EXPOSE SOMMAIRE

Il est important que les professionnels libéraux puissent coopérer avec des établissements sanitaires et médico-sociaux sans pour autant voir leur statut conventionnel amoindri, sur le plan de la participation des caisses d'assurance-maladie au financement de leurs cotisations.

C'est la raison pour laquelle il est proposé de préciser que les distinctions peuvent être opérées en fonction du lieu géographique d'installation ou d'exercice, et non en termes de distinction entre l'exercice libéral « classique » et celui organisé dans le cadre d'une coopération avec un service de soins infirmiers à domicile ou un établissement d'hospitalisation à domicile.

Ce rétablissement de la cohérence du cadre conventionnel est rendu nécessaire par une initiative inopportune de l'UNCAM qui a introduit une distinction infondée entre le statut du professionnel libéral qui exerce de manière totalement indépendante, et qui voit donc ses cotisations prises en charges par l'assurance-maladie comme tous les autres professionnels de santé conventionnés, et ceux qui coopèrent avec des HAD et des SSIAD, ou des centres d'auto dialyse sur la base des tarifs conventionnels.

Ceci place les différentes parties prenantes face à de grandes difficultés, à commencer par les usagers des zones rurales ou enclavées :

- Demandes compréhensibles et légitimes de compensations financières des professionnels libéraux de ce « manque » en termes de cotisations ;
- Impossibilité pour les services d'HAD, de SSIAD et les centres de dialyse qui sont leurs partenaires d'y faire face, d'où le recours plus systématique, en zone urbaine, à des personnels salariés, mais du coup à des impossibilités de répondre aux demandes en milieu rural, où l'alternative salariée n'existe pas.

Par ailleurs, cette situation est totalement contre-productive et incohérente du point de vue de la généralisation promue par la loi HPST du 21 juillet 2009 des coopérations entre professionnels de santé libéraux et établissement sanitaires et médico-sociaux .

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN, Etienne PINTE

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 32, ajouter un article ainsi rédigé :

« A la fin du 1er alinéa de l'article L 162-15 du Code de la Sécurité Sociale ajouter la phrase :

« Les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés prennent part avec voix consultative à la négociation entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés dès lors que les dispositions conventionnelles négociées sont susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé ».

EXPOSE SOMMAIRE

Les mesures conventionnelles qui ont des répercussions importantes pour le pilotage et la gestion des établissements de santé devraient faire l'objet d'un avis préalable des fédérations hospitalières publiques et privées dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse du Ministre chargé de la sécurité sociale. Tel est l'objet du présent amendement.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 32, ajouter un article ainsi rédigé :

Il est ajouté au Code de la Sécurité Sociale un article L162-21-4 ainsi rédigé :

« L162-21-4. Afin de mettre en œuvre une régulation partagée de la politique économique des établissements de santé et garantir la transparence des méthodes de détermination des tarifs des prestations prévues aux articles L162-22-1 et L162-22-6, l'Etat et l'UNCAM concluent avec les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé un accord-cadre déterminant les relations entre les partenaires et notamment :

- 1° Le partage des informations sur les productions de séjours, l'activité des établissements et la prise en charge par les régimes obligatoires des catégories de prestations ainsi que la mise en commun des études produites à cet effet dans le cadre de l'observatoire prévu à l'article L.162-21-3
- 2° Le suivi commun des dépenses et de leurs projections pluriannuelles y compris des dépenses relevant des autres secteurs de la santé
- 3° La mise en œuvre commune d'une politique de régulation des dépenses des établissements de soins dont l'objectif est la recherche de sources d'économies et, le cas échéant, la détermination des orientations en matière de choix de prise en charge des prestations dans un but d'efficience
- 4° La signature d'accords de bonnes pratiques et de maîtrise médicalisée prévus à l'article L6113-12 du Code de la Santé Publique
- 5° Les modalités de déclinaison dans les financements des établissements de santé des plans nationaux de santé publique ou d'actions ciblées sur certaines activités

L'accord-cadre visé ci-dessus pourra déterminer un cadre pluriannuel d'évolution des tarifs de certaines prestations sur le fondement des résultats des études citées au 1° du présent article.

Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de mise en œuvre de l'accord-cadre visé ci-dessus sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

EXPOSE SOMMAIRE

Le fait que les tarifs des séjours hospitaliers soient administrés n'est pas contesté car il revient à

l'Etat et à l'Assurance Maladie d'assurer un équilibre entre les différents objectifs que sont la réponse aux besoins de soins de la population ou l'accès à des thérapeutiques et des techniques de soins nouvelles afin d'améliorer l'état de santé global de la population mais également la maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui passe par une régulation.

Pour favoriser l'adhésion des établissements aux mesures de régulation mises en œuvre, et pour garantir à leurs représentants une transparence et une anticipation accrues, une politique conventionnelle pourrait être menée à l'instar de celle en place dans le domaine du médicament depuis 1994.

Conclu entre les fédérations représentatives des établissements de santé, l'Etat et l'assurance maladie, l'accord aurait une durée de trois ans. Il pourrait être amendé par avenants. Une organisation permettant un suivi régulier de la mise en œuvre de l'accord sera définie par décret.

Projet de loi Financement de la Sécurité Sociale 2010
Amendement présenté Par JL Prével, ~~XXXXXXXXXX~~ Claude Leteurre

Article additionnel ~~numéroté 30~~ après l'article ~~32~~ 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« La première phrase de l'article L162-22-1 du Code de la Sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Pour les activités de psychiatrie d'une part et pour les activités de soins de suite et de réadaptation d'autre part exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L162-22-6 un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements détermine : »

2. La première phrase de l'article L162-22-2 du Code de la Sécurité sociale est ainsi rédigée

« Chaque année sont définis un objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et un objectif quantifié national relatif aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L162-22-6. »

Exposé des motifs :

Dans trois ans les établissements de soins de suite et de réadaptation vont entrer dans une tarification à l'activité à l'instar des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique. Il n'y aura alors qu'un objectif de dépenses unique pour les établissements de SSR qu'ils soient publics ou privés. Il s'agit d'anticiper la séparation de l'objectif quantifié national des établissements privés qui assurent les activités de soins de suite et de réadaptation et les activités de psychiatrie afin d'ores et déjà de rendre visible et bien identifié l'impact des dépenses de chacun des secteurs liées à l'évolution des prix d'une part et aux volumes d'autre part.

A terme, l'enveloppe psychiatrique publique et l'enveloppe privée devront constituer une enveloppe "santé mentale et psychiatrie" identifiée dans l'ONDAM, au terme de l'application effective de la TAA pour les SSR et dans la perspective d'une TAA en psychiatrie.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

32

Après l'article 32, ajouter un article ainsi rédigé :

I- « La première phrase de l'article L162-22-1 du Code de la Sécurité sociale est ainsi modifiée :

« Pour les activités de psychiatrie d'une part et pour les activités de soins de suite et de réadaptation d'autre part exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L162-22-6 un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements détermine : »

II- « La première phrase de l'article L162-22-2 du Code de la Sécurité sociale est ainsi modifiée :

« Chaque année sont définis un objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et un objectif quantifié national relatif aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L162-22-6. »

EXPOSE SOMMAIRE

Dans trois ans les établissements de soins de suite et de réadaptation vont entrer dans une tarification à l'activité à l'instar des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique. Il n'y aura alors qu'un objectif de dépenses unique pour les établissements de SSR qu'ils soient publics ou privés. Il s'agit d'anticiper la séparation de l'objectif quantifié national des établissements privés qui assurent les activités de soins de suite et de réadaptation et les activités de psychiatrie afin d'ores et déjà de rendre visible et bien identifié l'impact des dépenses de chacun des secteurs liées à l'évolution des prix d'une part et aux volumes d'autre part.

A terme, l'enveloppe psychiatrique publique et l'enveloppe privée devront constituer une enveloppe "santé mentale et psychiatrie" identifiée dans l'ONDAM, au terme de l'application effective de la T2A pour les SSR et dans la perspective d'une T2A en psychiatrie.

Projet de loi Financement de la Sécurité Sociale 2010
Amendement présenté Par JL Prél, ~~Philippe Launay~~ Claude Leteurre

Article additionnel après l'article 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé : Le II de l'article L162-22-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

II. - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que de l'évaluation prévisionnelle de la croissance de cette activité pour les années à venir et les changements de régime juridique et financier de certains établissements»

Exposé des motifs :

La fixation de l'objectif quantifié national pour les établissements de soins de suite et réadaptation ainsi que de psychiatrie a été affinée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui a intégré parmi les éléments constitutifs de cet objectif les créations et fermetures d'établissements et les changements de régime juridique et financier, et cela dans un souci de détermination la plus fine et la plus conforme à la réalité d'évolution notamment du secteur des soins de suite en forte croissance du fait de l'augmentation des besoins de soins.

Mais la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a supprimé les éléments dont doivent tenir compte les pouvoirs publics pour fixer cet objectif quantifié national, en contradiction avec la volonté régulièrement affirmée du Parlement que les fixations des objectifs de dépenses et notamment de l'OQN soient le plus fondées possibles, en intégrant l'ensemble des éléments influant sur les secteurs d'activité concernés. Plus on retire d'éléments à prendre en compte dans la fixation d'objectifs de dépenses, plus on tend à rendre ceux-ci inexacts, irréalistes voire arbitraires.

Outre la réintégration des dispositions figurant antérieurement dans la loi, le présent amendement vise à parfaire la constitution de l'objectif en y intégrant une évaluation prévisionnelle de la dynamique de croissance des activités en soins de suite et réadaptation et psychiatrie pour les années à venir.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 32, ajouter un article ainsi rédigé :

« Le II de l'article L162-22-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que de l'évaluation prévisionnelle de la croissance de cette activité pour les années à venir et les changements de régime juridique et financier de certains établissements»

« La perte de recettes éventuelle pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

EXPOSE SOMMAIRE

La fixation de l'objectif quantifié national pour les établissements de soins de suite et réadaptation ainsi que de psychiatrie a été affinée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui a intégré parmi les éléments constitutifs de cet objectif les créations et fermetures d'établissements et les changements de régime juridique et financier, et cela dans un souci de détermination la plus fine et la plus conforme à la réalité d'évolution notamment du secteur des soins de suite en forte croissance du fait de l'augmentation des besoins de soins.

Mais la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a supprimé les éléments dont doivent tenir compte les pouvoirs publics pour fixer cet objectif quantifié national, en contradiction avec la volonté régulièrement affirmée du Parlement que les fixations des objectifs de dépenses et notamment de l'OQN soient le plus fondées possibles, en intégrant l'ensemble des éléments influant sur les secteurs d'activité concernés. Plus on retire d'éléments à prendre en compte dans la fixation d'objectifs de dépenses, plus on tend à rendre ceux-ci inexacts, irréalistes voire arbitraires.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2010 (n°1976)

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Michel Issindou, Catherine Lemorton, Jean Mallot, Catherine Génisson, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Jean-Marie Le Guen, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Patrick Roy, Martine Carrillon-Couvreux, Michel Liebgott, Michèle Delaunay, Christian Paul, Monique Iborra, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche.

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 32, insérer l'article suivant :

A l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale, il est ajouté après le 6^e alinéa, l'alinéa suivant :

«Pour les établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux. »

Exposé des motifs

À défaut de supprimer la convergence, cet amendement demande l'intégration des honoraires médicaux (et autres coûts) dans les coûts de séjour des cliniques privées.

Malgré l'affichage d'un report de date d'échéance, les établissements publics et privés sont actuellement engagés dans un processus de convergence d'application de la tarification à l'activité. Pour autant, les modalités de détermination des coûts des séjours sont différentes. Les honoraires médicaux ne sont pas intégrés dans les coûts des séjours des cliniques privées, alors même que les rémunérations des professionnels médicaux font parties du coût des séjours des établissements publics qui est un coût « global ».

Pour cette raison, la régulation prix-volume n'a pas, à ce jour, le même impact selon le secteur d'exercice et elle s'effectue au détriment de l'hôpital public : son coût de séjour est effectivement «tout compris » alors que dans le privé, les honoraires sont soumis aux résultats de la négociation conventionnelle.

Cette intégration permettrait que soit pris en compte les dépassements d'honoraires, c'est un moyen d'avancer vers leur régulation. Sinon les établissements publics subissent une double punition : non seulement les rémunérations des professionnels médicaux sont intégrées dans leur tarification, mais ils ne peuvent faire face à la concurrence des établissements privés qui, outre que leurs coûts de séjours n'incluent pas les honoraires des médecins, pratiquent des dépassements parfois excessifs.

Il est donc proposé d'insérer une disposition visant à intégrer les honoraires médicaux dans le tarif des séjours des établissements privés, préalablement à la régulation « prix-volume ».

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°1976)

AMENDEMENT

présenté par

Mme Frayssé, Mme Billard, M. Muzeau, M. Gremetz

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 32, insérer l'article suivant :

Après le sixième alinéa de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements privés mentionnés au d) et au e), les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux qui y exercent. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements publics et privés sont actuellement engagés dans un processus de convergence d'application de la tarification à l'activité mais les modalités de détermination des coûts des séjours sont différentes : les honoraires médicaux ne sont pas intégrés dans les coûts des séjours des cliniques privées, alors même que les rémunérations des professionnels médicaux font parties du coût des séjours des établissements publics qui est un coût « global ».

Cet amendement vise donc à intégrer les honoraires médicaux dans le tarif des séjours des établissements privés, préalablement à la régulation « prix-volume ».

Projet de loi Financement de la Sécurité Sociale 2010
Amendement présenté Par JL Prével, ~~et~~ Claude Leteurre

Article additionnel ~~à l'article L162-22-13~~ après l'article 32

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« A l'article L162-22-13 du Code de la sécurité sociale, remplacer les deux premières phrases par le paragraphe suivant :

« Il est créé au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° de l'article LO 111-3, deux dotations, une dotation nationale de financement des missions de service public prévues à l'article L6112-1 du Code de la Santé Publique d'une part et une dotation de financement des aides à la contractualisation. La dotation de financement des missions de service public permet le financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L6112-1 du Code de la Santé Publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code. La dotation de financement des aides à la contractualisation contribue au financement des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. »

Exposé des motifs :

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires fixe désormais une liste de 14 missions de service public que tous les établissements de santé et les titulaires d'autorisations d'activité de soins ou d'équipements lourds peuvent se voir confier. Il est donc indispensable que la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) prenne en compte cette évolution fondamentale du système hospitalier en distinguant dès le vote au Parlement la part destinée au financement des missions de service public et la part relative aux aides à la contractualisation.

Cela serait aussi l'occasion de renommer cette dotation en l'appelant « dotation de financement des missions de service public » d'une part et « dotation de financement des aides à la contractualisation » d'autre part.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

32
Après l'article 32, ajouter un article ainsi rédigé :

A l'article L162-22-13 du Code de la sécurité sociale, remplacer les deux premières phrases par le paragraphe suivant :

« Il est créé au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4° de l'article LO 111-3, deux dotations, une dotation nationale de financement des missions de service public prévues à l'article L6112-1 du Code de la Santé Publique d'une part et une dotation de financement des aides à la contractualisation. La dotation de financement des missions de service public permet le financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L6112-1 du Code de la Santé Publique à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code. La dotation de financement des aides à la contractualisation contribue au financement des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, notamment la création de communautés hospitalières de territoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. »

« La perte de recettes éventuelle pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

EXPOSE SOMMAIRE

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires fixe désormais une liste de 14 missions de service public que tous les établissements de santé et les titulaires d'autorisations d'activité de soins ou d'équipements lourds peuvent se voir confier. Il est donc indispensable que la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) prenne en compte cette évolution fondamentale du système hospitalier en distinguant dès le vote au Parlement la part destinée au financement des missions de service public et la part relative aux aides à la contractualisation.

Cela serait aussi l'occasion de renommer cette dotation en l'appelant « dotation de financement des

missions de service public » d'une part et « dotation de financement des aides à la contractualisation » d'autre part.

Projet de loi Financement de la Sécurité Sociale 2010
Amendement présenté par M. JL Prél, ~~Philippe~~ Claude Leteurtre

Article additionnel ^{après} ~~après~~ l'article ³² ~~21~~

Insérer un article ainsi rédigé :

A l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale

Insérer les mots « l'augmentation du forfait hospitalier est indexée sur l'inflation ».

Exposé des motifs :

Le dernier rapport de la Dress montre que lors de ces trois dernières années, la part laissée à la charge des assurés directement ou l'intermédiaire des complémentaires a augmenté (1,7 milliards). Cette augmentation du forfait de deux euros par jour est loin d'être négligeable pour les personnes aux revenus modestes.
 Il convient donc d'indexer la hausse du forfait hospitalier sur l'inflation.

AS	42	
----	----	--

Projet de loi Financement de la Sécurité Sociale 2010
Amendement présenté Par JL Prél, ~~un nom~~, Claude Leteurtre

Article additionnel après l'article 32

A la fin du I de l'article 77 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007, ajouter la phrase suivante :

« Afin de mettre en place un nouveau mode de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, une étude nationale de coûts à échelle commune aux secteurs hospitaliers publics et privés est instituée à compter du 1^{er} janvier 2010. »

Exposé des motifs :

La mise en œuvre d'une tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation doit pour être menée à bien s'appuyer sur une étude nationale de coûts fondée sur une échelle commune entre les établissements publics et privés assurant ces activités de soins.

En effet, dans ces activités plus encore que dans d'autres, les prises en charge sont identiques entre les établissements quel que soit leur statut. Depuis le 17 juin 2008, un cadre réglementaire unique régit les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé sans distinction de statut et les profils des patients sont identiques quel que soit la nature de l'établissement qui les accueille.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 32, ajouter un article ainsi rédigé :

« A la fin du I de l'article 77 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007, ajouter la phrase suivante :

« Afin de mettre en place un nouveau mode de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, une étude nationale de coûts à échelle commune aux secteurs hospitaliers publics et privés est instituée à compter du 1^{er} janvier 2010. »

EXPOSE SOMMAIRE

La mise en œuvre d'une tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation doit pour être menée à bien s'appuyer sur une étude nationale de coûts fondée sur une échelle commune entre les établissements publics et privés assurant ces activités de soins.

En effet, dans ces activités plus encore que dans d'autres, les prises en charge sont identiques entre les établissements quel que soit leur statut. Depuis le 17 juin 2008, un cadre réglementaire unique régit les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé sans distinction de statut et les profils des patients sont identiques quel que soit la nature de l'établissement qui les accueille.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2010 (n°1976)

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Michel Issindou, Catherine Lemorton, Jean Mallot, Catherine Génisson, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Jean-Marie Le Guen, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Patrick Roy, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Michèle Delaunay, Christian Paul, Monique Iborra, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche.

Article additionnel

32

Après l'article ~~38~~, insérer l'article suivant :

« Les personnes ayant satisfait aux épreuves mentionnées au premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux ans précédant la publication de la présente loi ainsi que les personnes ayant suivi une formation en France équivalente au cursus du deuxième ou troisième cycle des études médicales, totalisant trois ans de fonctions au-delà de leur formation et justifiant d'au moins une fonction rémunérée au cours des deux ans précédant la publication de la présente loi, sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique. »

EXPOSE SOMMAIRE

Cet amendement vise à étendre le bénéfice de la mesure dérogatoire instituée lors de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, aux médecins ayant obtenu un diplôme en France, comme le Diplôme Interuniversitaire de Spécialité, et qui totalisent 3 ans d'expérience professionnelle, et justifient d'une fonction rémunérée au cours des deux années précédant la publication de la loi.

Projet de loi Financement de la Sécurité Sociale 2010

Amendement présenté par JL Prél, [REDACTED], Claude Leteurtre

ARTICLE 33 :

Rédiger ainsi ~~l'article 33~~ cet article :

Au chapitre IV du titre IV du livre III du code de l'Action sociale et des familles, après l'article L. 344-1-1, il est inséré un article L. 344-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 344-1-2. Les frais de transport des personnes adultes handicapées admises en accueil de jour dans les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 ou les foyers d'accueil médicalisés visés au 7° de l'article L. 312-1 sont réintégrés dans les dépenses d'exploitation des dits établissements sur la base des dépenses constatées ex-ante dans les différents chapitres budgétaires concernés. »

« Un rapport d'évaluation portant sur la mise en oeuvre de cette mesure de réintégration sera présenté par la Caisse nationale solidarité autonomie au conseil national consultatif des personnes handicapées, qui pourra faire les propositions d'amélioration nécessaires notamment en matière de bon accès à une prestation en accueil de jour des personnes adultes handicapées. »

EXPOSE DES MOTIFS :

La prise en charge actuelle des frais de transports des personnes adultes lourdement handicapées, suivies en externat ou semi-externat par les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM), n'est pas satisfaisante.

En application des textes relatifs au remboursement des frais de transports, les caisses d'assurance-maladie ne peuvent les financer que de façon dérogatoire. La prestation de compensation du handicap s'est révélée inadaptée en cas de transports fréquents.

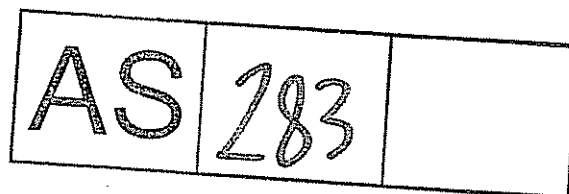
Suite aux réunions d'un groupe de travail associant l'ensemble des parties prenantes, il est proposé de sécuriser la prise en charge de ces transports et de limiter le reste à charge pour les familles, en confiant leur organisation aux établissements concernés. Ces établissements recevront un forfait sur l'objectif global de dépenses, géré par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : il s'agit de leur permettre de financer des transports plus efficaces, en privilégiant le transport partagé de proximité.

L'objectif poursuivi est un meilleur accès des personnes adultes handicapées à la prestation d'accueil de jour, il convient de préciser le dispositif de réintégration des frais de transports dans les dotations des établissements concernés (MAS et FAM). Le calibrage de l'enveloppe à réintégrer dans l'ONDAM médico-social doit ainsi correspondre au montant historiquement dépensé sur ce poste, afin que les établissements soient réellement en mesure d'organiser cette prestation nouvelle.

En effet, une disposition similaire a été introduite par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2007 pour les frais de transports des personnes âgées en accueil de jour. Fixé par arrêté des ministres concernés, le forfait doit être réévalué cette année, dans la mesure où

le montant initialement prévu ne permet pas de couvrir le coût de la prestation sans reste à charge pour l'usager ou sa famille. L'existence de ce reste à charge pour l'usager et sa famille s'explique de

deux manières, justifiant de faire évoluer le forfait en fonction de critères de capacité et de situation géographique. L'organisation par l'établissement des prestations de transport mutualisées sur un parcours se heurte à une contrainte de kilométrages très importants, à réaliser en début puis en fin de journée. Dans les zones rurales, ou encore dans des zones où le trafic est très dense, cette solution ne peut pas toujours être envisagée. L'organisation d'une prestation de transport, par le biais de contrats avec des organismes habilités, nécessite qu'elle soit dimensionnée pour un grand nombre de personnes (en fonction de la capacité et de la file active de l'accueil de jour), afin de négocier des tarifs sans dépassements du forfait. Un bilan de cette mesure doit donc être effectué, afin d'évaluer si l'accès aux accueils de jour pour les personnes âgées peut être amélioré et s'en inspirer pour les personnes handicapées. Pour les personnes handicapées, la question du transport est d'autant plus sensible qu'elle justifie souvent un équipement adapté dont ne disposent pas forcément les structures à l'heure actuelle. Il est donc proposé de garantir un forfait transport des personnes handicapées, dimensionné au regard de leurs besoins réels.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2010 (N° 1976)

Amendement présenté par Mme. Isabelle Vasseur,
rapporteur pour le médico-social

Article 33

Rédiger ainsi le début de l'alinéa 2 :

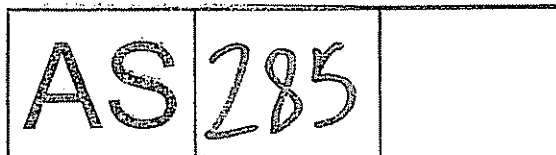
« Les frais de transport entre le domicile et l'établissement des
personnes adultes handicapées fréquentant... *(le reste sans changement)* »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à clarifier le dispositif et à éviter des interprétations divergentes sur la nature des transports pris en charge. Il précise donc que les transports intégrés dans le budget des accueils de jour sont les transports entre le domicile et l'établissement.

L'existence de trajets quotidiens entre le domicile et l'établissement est consubstantielle à l'accueil de jour et leur prise en charge conditionne l'accès même à l'accueil de jour : sans prise en charge de ces frais, c'est l'ensemble de l'accompagnement de la personne handicapée par l'établissement qui est remis en cause. Ce sont donc bien ces trajets, indissociables de la prise en charge en accueil de jour, qui ont vocation à être intégrés dans le budget des établissements et organisés par eux.

Les autres trajets éventuels de la personne handicapée (sorties liées à la vie sociale) qui varient en fonction de son projet de vie ont vocation à être financés grâce à l'élément relatif aux surcoûts de frais de transport prévu dans le cadre de la prestation de compensation du handicap.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ
SOCIALE POUR 2010 (N° 1976)

Amendement présenté par Mme. Isabelle Vasseur,
rapporteur pour le médico-social

Article 33

A l'alinéa 2, après les mots :

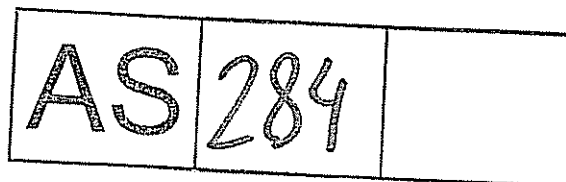
« au 7° »

insérer les mots

« du I »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Rectification d'une erreur matérielle



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2010 (N° 1976)

Amendement présenté par Mme. Isabelle Vasseur,
rapporteur pour le médico-social

Article 33

Après la seconde occurrence du mot :

« foyers »

rédiger ainsi la fin de l'alinéa 2 :

« et sont financés par l'assurance maladie. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à clarifier le dispositif et à éviter des interprétations divergentes sur la nature des transports pris en charge. Il précise donc que ces transports sont à la charge de l'assurance maladie :

Si les maisons d'accueil spécialisées (MAS, mentionnées à l'article L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles) sont intégralement financées par l'assurance maladie, les foyers d'accueil médicalisé (FAM, mentionnés au 7° du I. de l'article L. 312-1) sont cofinancés par l'assurance maladie et les conseils généraux. La rédaction de l'article 33, qui ne précisait pas l'autorité compétente pour financer les frais de transport intégrés dans le budget des établissements, pouvait laisser penser qu'une partie de ces frais devraient être couverts par les conseils généraux.

Tel n'est pas le projet du Gouvernement qui, de la même façon qu'il l'avait fait en 2008 pour les transports des personnes âgées vers des accueils de jour, avait prévu de mettre ces transports à la charge de l'assurance maladie. C'est d'ailleurs sur la base d'un financement intégral de la mesure par l'assurance maladie qu'a été calibré le transfert d'enveloppe correspondant entre l'ONDAM soins de ville et l'ONDAM médico-social.

Cet amendement précise donc que l'intégration des frais de transport dans les budgets des MAS et FAM ne crée aucune charge nouvelle pour les conseils généraux. Quelle que soit la catégorie d'établissement (MAS ou FAM), les dépenses supplémentaires pour l'établissement seront couvertes par une augmentation de la dotation qui leur est versée par l'assurance maladie.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ
SOCIALE POUR 2010 (N° 1976)**

Amendement présenté par Mme. Isabelle Vasseur,
rapporteur pour le médico-social et M. Denis Jacquat

Article additionnel après l'article 33

Après l'article 33, insérer l'article suivant :

L'article L 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1°. Le I est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11°. D'organiser l'analyse des coûts de revient et l'observation des différents tarifs des établissements sociaux et médico-sociaux, sur la base d'enquêtes nationales représentatives par catégorie homogène d'établissements et services ou d'interventions sociales et médico-sociales et en tenant compte d'indicateurs relatifs à leur nature et à leur qualité, notamment pour déterminer sur des bases objectives les tarifs plafonds sociaux et médico-sociaux définis par l'article L 314-3 et L 314-4 du code de l'action sociale et des familles et concourir à l'information des usagers, des personnes morales gestionnaires et des autorités de contrôle et de tarification ;

2°. Il est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. Les modalités d'organisation des enquêtes nationales définies au 11° du I du présent article, la communication de leur contenu aux associations et organismes représentés au conseil national consultatif des personnes handicapées ou dans les collèges d'organismes œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées définis aux articles R 14-10-4 et R 14-10-5 du même code, ainsi que la publication de leurs résultats sont établies dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'information des usagers comme la transparence sur les tarifs pratiqués et les modalités de formation des coûts, s'imposent désormais dans le secteur social et médico-social.

Plusieurs raisons y concourent :

- la forte sensibilité des usagers et de leurs proches sur « le reste à charge », dont témoignent les travaux menés par la MECSS fin 2005 dans le secteur des personnes âgées ;

- la nécessité d'objectiver les coûts de revient des opérateurs publics et privés sociaux et médico-sociaux, pour prendre en compte les réalités techniques et économiques auxquelles ils doivent faire face, dans la conception des politiques publiques et pour une évolution équilibrée du « reste à charge » : il est à souligner qu'à ce jour, aucun dispositif national de recensement de données tarifaires et budgétaires ne permet par exemple de faire des simulations concrètes sur les différentes hypothèses en matière d'évolution du financement de la perte d'autonomie ;

- la mise en œuvre de nouvelles modalités forfaitaires d'allocation des ressources en direction des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La possibilité pour les autorités ministérielles de définir des tarifs plafonds, au sens des articles L 314-3 et 314-4 du code de l'action sociale et des familles, dans la suite des LFSS 2008 et 2009, a pour conséquence la nécessité de construire des bases de données sur les différents coûts de revient et les tarifs pratiqués. Au-delà de leur nécessité pour établir les tarifs plafonds sur des bases solides, s'ajoute l'intérêt pédagogique pour l'ensemble des gestionnaires de pouvoir se comparer à des données de référence pour améliorer leur gestion.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2010 (n°1976)

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Michel Issindou, Catherine Lemorton, Jean Mallot, Catherine Génisson, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Jean-Marie Le Guen, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Patrick Roy, Martine Carrillon-Couvreux, Michel Liebgott, Michèle Delaunay, Christian Paul, Monique Iborra, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche.

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 33, insérer l'article suivant :

I. « Au I de l'article L 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un 11° :

D'organiser l'analyse des coûts de revient et l'observation des différents tarifs des établissements sociaux et médico-sociaux, sur la base d'enquêtes nationales représentatives par catégorie homogène d'établissements et services ou d'interventions sociales et médico-sociales et en tenant compte d'indicateurs relatifs à leur nature et à leur qualité, notamment pour déterminer sur des bases objectives les tarifs plafonds sociaux et médico-sociaux définis par l'article L 314-3 et L 314-4 du code de l'action sociale et des familles et concourir à l'information des usagers, des personnes morales gestionnaires et des autorités de contrôle et de tarification ;

II. Après le III de l'article L 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un IV :

Les modalités d'organisation des enquêtes nationales définies au 11° du I de l'article L 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, la communication de leur contenu aux associations et organismes représentés au conseil national consultatif des personnes handicapées ou dans les collèges d'organismes œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées définis aux articles R 14-10-4 et R 14-10-5 du même code, ainsi que la publication de leurs résultats sont établies dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat.»

EXPOSÉS DES MOTIFS

L'information des usagers comme la transparence sur les tarifs pratiqués et les modalités de formation des coûts, s'imposent également dans le secteur social et médico-social.

En raison notamment de la forte sensibilité des usagers et de leurs proches sur « le reste à charge », dont témoignaient déjà les travaux menés par la MECSS en 2005 dans le secteur des personnes âgées.

S'impose également la nécessité d'objectiver les coûts de revient des opérateurs publics et privés sociaux et médico-sociaux, pour prendre en compte les réalités techniques et

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°1976)

AMENDEMENT

présenté par

Mme Fraysse, Mme Billard, M. Muzeau, M. Gremetz

ARTICLE ADDITIONNEL

33

Après l'article ~~26~~, insérer un nouvel article ainsi rédigé :

Au I de l'article L14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, insérer un 11° ainsi rédigé :
« d'organiser l'analyse des couts de revient et d'observation des différents tarifs des établissements sociaux et médico-sociaux, sur la base d'enquêtes nationales représentatives par catégories homogènes d'établissements et services ou d'interventions sociales et médico-sociales et en tenant compte d'indicateurs relatifs à leur nature et à leur qualité, notamment pour déterminer sur des bases objectives les tarifs plafonds sociaux et médico-sociaux définis par l'article L314-3 et L314-4 du code de l'action sociale et des familles et concourir à l'information des usagers, des personnes morales gestionnaires et des autorités de contrôle et de tarification »

Après le III de l'article L14-10-1 du Code de l'action sociale et des familles, insérer un IV ainsi rédigé :

« Les modalités d'organisation des enquêtes nationales définies au 11° du I de l'article L14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, la communication de leur contenu aux associations et organismes représentés au conseil national consultatif des personnes handicapées ou dans les collèges d'organismes œuvrant au niveau national en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées définis aux articles R14-10-4 et R14-10-5 du même code, ainsi que la publication de leurs résultats sont établies dans des conditions définies par décret en conseil d'Etat. »

EXPOSE SOMMAIRE

En raison de la forte sensibilité des usagers sur le « reste à charge » et de la nécessité d'objectiver les couts de revient des opérateurs publics et privés sociaux et médico-sociaux, l'information des usagers comme la transparence sur les tarifs pratiqués et les modalités de formation des couts s'imposent. C'est le sens du présent amendement.

économiques auxquelles ils doivent faire face, dans la conception des politiques publiques et pour une évolution équilibrée du « reste à charge ». A ce jour, aucun dispositif national de recensement de données tarifaires et budgétaires ne permet de faire des simulations concrètes sur les différentes hypothèses en matière d'évolution du financement de la perte d'autonomie.

Par ailleurs la mise en œuvre de nouvelles modalités forfaitaires d'allocation des ressources en direction des établissements et services sociaux et médico-sociaux et la possibilité pour les autorités ministérielles de définir des tarifs plafonds (articles L 314-3 et 314-4 du code de l'action sociale et des familles, dans la suite des LFSS 2008 et 2009) a pour conséquence la nécessité de construire des bases de données sur les différents coûts de revient et les tarifs pratiqués.

La CNSA apparaît comme l'instance appropriée pour mener ces travaux.

AS	136	
----	-----	--

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2010

AMENDEMENT

Présenté par

Pierre MORANGE

Député

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 33 ~~du~~, il est inséré l'article ~~33~~ suivant :

Au I de l'article L 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un 11° :

« D'organiser l'analyse des coûts de revient et l'observation des différents tarifs des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'enquêtes nationales représentatives par catégorie homogène d'établissements et services ou d'interventions sociales et médico-sociales de nature similaire, en tenant compte d'indicateurs relatifs à leur nature et à leur qualité, notamment pour permettre de déterminer les tarifs plafonds médico-sociaux définis par l'article L 314-3 du code de l'action sociale et des familles et, pour ce qui concerne les établissements et services d'aide par le travail par l'article L 314-4 du même code, ainsi que pour concourir à l'information des usagers, des personnes morales gestionnaires et des autorités de contrôle et de tarification ;

Après le deuxième alinéa de l'article L 312-9 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un troisième alinéa :

« Ils adressent par voie électronique à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données nécessaires aux enquêtes mentionnées au 11°) du I de l'article L 14-10-1 du même code ».

EXPOSÉS DES MOTIFS

L'information des usagers comme la transparence sur les tarifs pratiqués et les modalités de formation des coûts, s'imposent désormais dans le secteur social et médico-social.

Plusieurs raisons y concourent :

- la forte sensibilité des usagers et de leurs proches sur « le reste à charge », dont témoignent les travaux menés par la MECSS fin 2005 dans le secteur des personnes âgées ;
- la nécessité d'objectiver les coûts de revient des opérateurs publics et privés sociaux et médico-sociaux, pour prendre en compte les réalités techniques et économiques auxquelles ils doivent faire face, dans la conception des politiques publiques et pour une évolution équilibrée du « reste à charge » : il est à souligner qu'à ce jour, aucun dispositif national de recensement de données tarifaires et budgétaires ne permet par exemple de faire des simulations concrètes sur les différentes hypothèses en matière d'évolution du financement de la perte d'autonomie ;
- la mise en œuvre de nouvelles modalités forfaitaires d'allocation des ressources en direction des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La possibilité pour les autorités ministérielles de définir des tarifs plafonds, au sens des articles L 314-3 et 314-4 du code de l'action sociale et des familles, dans la suite des LFSS 2008 et 2009, a pour conséquence la nécessité de construire des bases de données sur les différents coûts de revient et les tarifs pratiqués. Au-delà de leur nécessité pour établir les tarifs plafonds sur des bases solides, s'ajoute l'intérêt pédagogique pour l'ensemble des gestionnaires de pouvoir se comparer à des données de référence pour améliorer leur gestion.

Au-delà du « périmètre traditionnel » de la CNSA, en termes d'établissements et services médico-sociaux, l'amendement associe également les établissements et services d'aide par le travail qui se situent aujourd'hui dans une position partagée : compétence de planification et d'autorisation par l'Agence Régionale de Santé, financement par l'Etat. Pour ces établissements comme pour les autres établissements pour personnes handicapées et pour personnes âgées, la CNSA est « le bon lieu » pour ces travaux d'objectivation et de connaissance partagée des coûts et des tarifs.

AMENDEMENT DE REMI DELATTE

Amendement sur l'élargissement des missions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, afin d'organiser des enquêtes et des analyses de coûts sociaux et médico-sociaux et établir une observation des tarifs et des « reste à charge »

Après l'article 33 ~~du~~, il est inséré l'article ~~33~~ suivant :

Au I de l'article L 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un 11° :

« D'organiser l'analyse des coûts de revient et l'observation des différents tarifs des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'enquêtes nationales représentatives par catégorie homogène d'établissements et services ou d'interventions sociales et médico-sociales de nature similaire, en tenant compte d'indicateurs relatifs à leur nature et à leur qualité, notamment pour permettre de déterminer les tarifs plafonds médico-sociaux définis par l'article L 314-3 du code de l'action sociale et des familles et, pour ce qui concerne les établissements et services d'aide par le travail par l'article L 314-4 du même code, ainsi que pour concourir à l'information des usagers, des personnes morales gestionnaires et des autorités de contrôle et de tarification ;

Après le deuxième alinéa de l'article L 312-9 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un troisième alinéa :

« Ils adressent par voie électronique à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données nécessaires aux enquêtes mentionnées au 11° du I de l'article L 14-10-1 du même code ».

EXPOSÉS DES MOTIFS

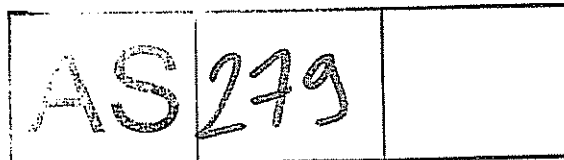
L'information des usagers comme la transparence sur les tarifs pratiqués et les modalités de formation des coûts, s'imposent désormais dans le secteur social et médico-social.

Plusieurs raisons y concourent :

- la forte sensibilité des usagers et de leurs proches sur « le reste à charge », dont témoignent les travaux menés par la MECSS fin 2005 dans le secteur des personnes âgées ;
- la nécessité d'objectiver les coûts de revient des opérateurs publics et privés sociaux et médico-sociaux, pour prendre en compte les réalités techniques et économiques auxquelles ils doivent faire face, dans la conception des politiques publiques et pour une évolution équilibrée du « reste à charge » : il est à souligner qu'à ce jour, aucun dispositif national de recensement de données tarifaires et budgétaires ne permet par exemple de faire des simulations concrètes sur les différentes hypothèses en matière d'évolution du financement de la perte d'autonomie ;
- la mise en œuvre de nouvelles modalités forfaitaires d'allocation des ressources en direction des établissements et services sociaux et médico-sociaux. La possibilité pour les autorités ministérielles de définir des tarifs plafonds, au sens des articles L 314-3 et 314-4 du code de l'action sociale et des familles, dans la suite des LFSS 2008 et 2009, a pour conséquence la nécessité de construire des bases de

données sur les différents coûts de revient et les tarifs pratiqués. Au-delà de leur nécessité pour établir les tarifs plafonds sur des bases solides, s'ajoute l'intérêt pédagogique pour l'ensemble des gestionnaires de pouvoir se comparer à des données de référence pour améliorer leur gestion.

Au-delà du « périmètre traditionnel » de la CNSA, en termes d'établissements et services médico-sociaux, l'amendement associe également les établissements et services d'aide par le travail qui se situent aujourd'hui dans une position partagée : compétence de planification et d'autorisation par l'Agence Régionale de Santé, financement par l'Etat. Pour ces établissements comme pour les autres établissements pour personnes handicapées et pour personnes âgées, la CNSA est « le bon lieu » pour ces travaux d'objectivation et de connaissance partagée des coûts et des tarifs.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2010 (N° 1976)

Amendement présenté par Mme. Isabelle Vasseur,
rapporteur pour le médico-social

Article additionnel après l'article 33

Après l'article 33, insérer l'article suivant :

« I. Après le d) du 3°) de l'article L312-7 du Code de l'action sociale et des familles, il est inséré un e) ainsi rédigé :

« e) être en charge pour le compte de ses membres des activités de pharmacie à usage interne mentionnées à l'article L5126-1 du Code de la santé publique. »

de

« II. Au premier alinéa l'article L5126-1 du Code de la santé publique, après le mot : « *sanitaire* » sont insérés les mots : « *les groupements de coopération social et médico-social* ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

A l'instar du secteur sanitaire, le secteur médico-social doit désormais rentrer dans une logique de coopération et développer une stratégie de coordination territoriale entre établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cela est particulièrement vrai pour l'approvisionnement et la délivrance de médicaments, alors que le poste de consommation de médicaments en EHPAD est actuellement évalué à 800M€ (P.J.Lancry, Rapporteur de la Mission médicaments en EHPAD).

Dans ce contexte, la Loi de financement de la Sécurité Sociale 2009 a prévu la réintégration des médicaments dans les dotations soins des établissements, qui entrera en vigueur début 2011 après expérimentation en 2010.

Afin de s'y préparer, les établissements cherchent à mieux s'organiser et retrouver des marges de manoeuvre financières, en mutualisant la fonction de prestation pharmaceutique. L'intérêt d'en

bénéficiaire est d'autant plus évident pour ceux qui n'ont pas de Pharmacie à Usage Interne (PUI) et dont les résidents doivent s'adresser à une officine de ville.

Pour autant, il n'existe pas à ce jour d'outil juridique autorisant un GCSMS (groupement de coopération social et médico-social) à gérer une PUI pour le compte de plusieurs EHPAD.

Dans un souci d'efficience et de meilleure prise en charge des résidents grâce à la coopération inter-établissements, il est donc proposé de donner compétence aux GCSMS (groupement de coopération social et médico-social) pour exercer les activités de PUI.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 33 ajouter un article ainsi rédigé :

Au 3°) de l'article L. 312-7 du code de l'Action sociale et des familles, ajouter un e) ainsi rédigé :

«être en charge pour le compte de ses membres des activités de pharmacie à usage intérieur mentionnées à l'article L. 5126-1 du code de la Santé publique. »

EXPOSE SOMMAIRE

A l'instar du secteur sanitaire, le secteur médico-social doit désormais rentrer dans une logique de coopération et développer une stratégie de coordination territoriale entre établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cela est particulièrement vrai pour l'approvisionnement et la délivrance de médicaments, alors que le poste de consommation de médicaments en EHPAD est actuellement évalué à 800 M€ (P.J. Lancry, rapporteur de la mission médicaments en EHPAD). Dans ce contexte, la loi de financement de la Sécurité sociale 2009 a prévu la réintégration des médicaments dans les dotations soins des établissements, qui entrera en vigueur début 2011 après expérimentation en 2010.

Afin de s'y préparer, les établissements cherchent à mieux s'organiser et retrouver des marges de manoeuvre financières, en mutualisant la fonction de prestation pharmaceutique. L'intérêt d'en bénéficier est d'autant plus évident pour ceux qui n'ont pas de pharmacie à usage interne (PUI) et dont les résidents doivent s'adresser à une officine de ville.

Pour autant, il n'existe pas à ce jour d'outil juridique autorisant un groupement de coopération social et médico-social (GCSMS) à gérer une PUI pour le compte de plusieurs EHPAD.

Dans un souci d'efficience et de meilleure prise en charge des résidents grâce à la coopération inter établissements, il est donc proposé de donner compétence aux GCSMS pour exercer les activités de PUI.

Projet de loi Financement de la Sécurité Sociale 2010
Amendement présenté par M. JL Prél, ~~Philippe~~ Claude Leteurre

33
Article additionnel après article ~~42~~ :

Il est inséré un article suivant ainsi rédigé :

3

« Après la dernière phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles, est ajoutée la phrase suivante :

« Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale ».

Exposé des motifs :

Il s'agit d'un amendement relatif à l'introduction d'un coefficient correcteur du différentiel de charges, pour compenser les écarts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes entre les catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux dans le cadre de la convergence tarifaire. Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements et services d'aide par le travail les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité.

Les tarifs plafonds appliqués aux établissements et services d'aide par le travail gérés par un établissement public ou une structure gestionnaire à but non lucratif sont identiques alors que les écarts sont très importants entre :

- Les établissements publics administratifs, qui n'assument pas les mêmes charges sociales, et notamment celles de l'assurance chômage, que les établissements privés non lucratifs qui sont assujettis à l'ensemble des charges sociales les plus lourdes : assurance-chômage et taxe sur les salaires notamment.
- Cet écart a été chiffré à 4,05% par un rapport de l'IGAS (mars 2007).

L'objectif du présent amendement est d'éviter que les établissements privés à but non lucratifs concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : les tarifs plafonds sont uniques et constituent d'ores et déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non remplacements d'effectifs, tandis qu'elles auraient à supporter par ailleurs un niveau supérieur de charges sociales et fiscales.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN, Etienne PINTE

ARTICLE ADDITIONNEL

33

Après l'article 33, ajouter un article ainsi rédigé :

I- « Après la dernière phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, est ajouté le paragraphe suivant :

« Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale ».

II- « La perte de recettes éventuelle pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

EXPOSE SOMMAIRE

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité.

Les tarifs plafonds appliqués aux maisons de retraite sont identiques entre les établissements publics et privés alors que les écarts sont très importants entre :

- Les établissements publics hospitaliers ou autonomes, qui n'assument pas les mêmes charges sociales, et notamment celles de l'assurance chômage, que les établissements privés : un rapport de l'IGAS de mars 2007 a chiffré cet écart, pour les établissements sanitaires, à 4,05 %, (page 5);
- Les établissements gérés par les centres communaux d'action sociale, qui bénéficient du même avantage que les établissements publics, en matière de charges sociales, et qui le conjuguent avec le non-paiement de la taxe sur les salaires et de la TVA, ce qui est exorbitant du droit commun, tout en accédant au fonds de compensation de la TVA par le truchement des collectivités gestionnaires ;
- Les établissements privés non lucratifs et privés lucratifs qui sont assujettis à l'ensemble des charges sociales les plus lourdes : assurance-chômage et taxe sur les salaires d'une part, assurance-chômage et impôts du commerce d'autre part.

L'objectif du présent amendement est d'éviter que les établissements privés concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : les tarifs plafonds sont uniques et constituent d'ores et déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non remplacements d'effectifs, tandis qu'elles auraient à supporter par ailleurs un niveau supérieur de charges sociales et fiscales.

AMENDEMENT DE REMI DELATTE

APRÈS

Il est inséré ~~à l'article 33 de la LSS pour 2010~~, un article 33 bis ainsi rédigé :

Après la dernière phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, est ajoutée la phrase suivante : « Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité.

Les tarifs plafonds appliqués aux maisons de retraite sont identiques entre les établissements publics et privés alors que les écarts sont très importants entre :

- Les établissements publics hospitaliers ou autonomes, qui n'assument pas les mêmes charges sociales, et notamment celles de l'assurance chômage, que les établissements privés : un rapport de l'IGAS de mars 2007 a chiffré cet écart, pour les établissements sanitaires, à 4,05 %, (page 5);
- Les établissements gérés par les centres communaux d'action sociale, qui bénéficient du même avantage que les établissements publics, en matière de charges sociales, et qui le conjuguent avec le non-paiement de la taxe sur les salaires et de la TVA, ce qui est exorbitant du droit commun, tout en accédant au fonds de compensation de la TVA par le truchement des collectivités gestionnaires ;
- Les établissements privés non lucratifs et privés lucratifs qui sont assujettis à l'ensemble des charges sociales les plus lourdes : assurance-chômage et taxe sur les salaires d'une part, assurance-chômage et impôts du commerce d'autre part.

L'objectif du présent amendement est d'éviter que les établissements privés concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : les tarifs plafonds sont uniques et constituent d'ores et déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non remplacements d'effectifs, tandis qu'elles auraient à supporter par ailleurs un niveau supérieur de charges sociales et fiscales.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

Article additionnel

Amendement n°

AS	135	
----	-----	--

présenté par Cécile GALLEZ, ~~Stéphane LEZARO, Christian LAMALLE~~

33

Après l'article ~~32~~, insérer l'article suivant :

I. – Le II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque certaines dépenses afférentes à des établissements inclus dans le champ de l'objectif justifient de par leur nature une gestion nationale, elles peuvent ne pas être réparties dans les dotations régionales. Leur montant et leur affectation sont fixés par l'arrêté interministériel susmentionné ».

II. – L'article L. 314-3-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 4° Les établissements pour personnes handicapées qui exercent légalement leur activité en Suisse ou dans un Etat membre de l'union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et qui servent des prestations à des enfants et adolescents handicapés ou aux jeunes adultes mentionnés aux alinéas 2 et 3 de l'article L. 242-4 du présent code, dans le cadre de conventions passées avec les organismes français de sécurité sociale gérant des régimes obligatoires d'assurance maladie dont ceux-ci relèvent en qualité d'ayants droit ou d'assurés. »

III. – Au 1 du I de l'article L. 14-10-5 du même code, les mots : « au 1° » sont remplacés par les mots : « aux 1° et 4° ».

IV. – Le présent article est applicable aux dépenses constatées à compter du 1^{er} janvier 2010.

V. – Des instances délimitées par décret seront chargées de la mise en oeuvre de proximité et du suivi de chaque dossier.

Exposé des motifs

Faute de texte spécifique prévoyant la prise en charge des personnes handicapées placées dans des établissements en Suisse ou dans un Etat membre de l'union européenne (Belgique notamment) ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, celle-ci est organisée selon les modalités de remboursement des soins dispensés à l'étranger aux assurés sociaux fixées aux articles R. 332-2 et suivants du Code de la sécurité sociale. L'article R. 332-5 prévoit notamment la possibilité de conclure des conventions entre un établissement de soins étranger et les organismes de sécurité sociale.

Juridiquement, les dépenses médico-sociales liées aux placements d'enfants, adolescents handicapés ou jeunes adultes bénéficiant des dispositions de l'amendement « Creton » dans des établissements qui ont signé une convention avec un organisme français de sécurité sociale sont hors du champ d'intervention de la CNSA tel que défini par les articles législatifs du code de l'action sociale et des familles, articles qu'il est proposé de modifier.

Afin d'assurer une prise en charge cohérente de ces placements, il est proposé de modifier le champ de l'objectif délégué à la CNSA, institué par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, de manière à y intégrer les dépenses générées par les structures médico-sociales accueillant des ressortissants français, et établies dans un Etat membre de l'Union Européenne ou partie à l'accord sur l'EEE, ou établies en Suisse.

Cette mesure permet d'enregistrer ces dépenses dans l'un des sous objectifs de l'ONDAM voté par le Parlement et d'assurer un suivi exhaustif des dépenses liées à l'hébergement et à l'accueil des enfants et adolescents handicapés, quelque soit le lieu d'implantation de l'établissement.

Par ailleurs, certaines dépenses afférentes à des établissements ou services médico-sociaux pour personnes âgées ou handicapées relevant de l'objectif de dépenses géré par la CNSA justifient une gestion nationale (par exemple les crédits liés à des dépenses exceptionnelles en cas de canicule, placements hors du territoire pour des organismes non conventionnés) et ne peuvent donc pas être réparties par celle-ci en dotations régionales. Il est donc proposé de compléter l'article L. 314-3 II afin de permettre à la CNSA de gérer ces dépenses en dehors des dotations régionales.

Pour le suivi et le contrôle de chaque dossier, il semble préférable de faire appel à une instance de proximité.

Projet de loi Financement de la Sécurité Sociale 2010 présenté par JL Prél, , Claude Leteurre

Article additionnel après l'article ~~33~~ 33

I. - Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 315-19 du code de l'Action sociale et des familles est ainsi nouvellement rédigé :

« Article L. 315-19 : les dispositions de l'article L. 1618-2 du code général des collectivités territoriales relatives aux dérogations à l'obligation de dépôt auprès de l'Etat des fonds des collectivités territoriales et de leurs établissements publics sont applicables aux établissements publics sociaux et médico-sociaux sous réserve des dispositions suivantes :

a) Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent déroger à l'obligation de dépôt auprès de l'Etat pour les fonds qui proviennent :

- des dépôts de garanties et cautionnements reçus des résidents ;
- des recettes des activités annexes ;
- des recettes d'hébergement perçues du résident dans la limite d'un mois des recettes de l'espèce ;
- des excédents affectés à la réserve de compensation ;
- des excédents de trésorerie résultant de leur cycle d'activité.

b) Les décisions mentionnées au III de l'article L. 1618-2 du code général des collectivités territoriales relèvent de la compétence du directeur de l'établissement public social et médico-social qui informe chaque année le conseil d'administration des opérations réalisées. »

II. - La perte de recettes pour l'Etat est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Exposé des motifs :

Dans le secteur hospitalier, les règles de gestion financière permettent aux établissements de placer de la trésorerie et de générer ainsi des produits supplémentaires.

Dans le secteur social et médico-social, cette possibilité n'existe pas, ce qui est préjudiciable. Il conviendrait de permettre à ces établissements, parfois de taille très importante, d'avoir accès à ces techniques de gestion financière, en plaçant de la trésorerie lorsque le contexte le justifie.

Par ailleurs, lors de la création de places nouvelles, les établissements ne perçoivent les crédits d'aide à l'investissement que « sur facture », après création effective des places, ce qui implique des avances de trésorerie importantes. De même, les crédits de fonctionnement futurs ne sont pas immédiatement alloués aux établissements.

A l'instar des hôpitaux, il serait au contraire souhaitable que ces crédits puissent être versés en amont, ce qui limiterait les avances de trésorerie pour ces établissements et leur permettrait de mettre en oeuvre une gestion financière active de leur capacité d'autofinancement.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 13, ajouter un article ainsi rédigé :

« L'article L. 315-19 du code de l'Action sociale et des familles est ainsi rédigé :

I- « Les dispositions de l'article L. 1618-2 du code général des collectivités territoriales relatives aux dérogations à l'obligation de dépôt auprès de l'Etat des fonds des collectivités territoriales et de leurs établissements publics sont applicables aux établissements publics sociaux et médico-sociaux sous réserve des dispositions suivantes :

- a) Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent déroger à l'obligation de dépôt auprès de l'Etat pour les fonds qui proviennent :
- des dépôts de garanties et cautionnements reçus des résidents ;
 - des recettes des activités annexes ;
 - des recettes d'hébergement perçues du résident dans la limite d'un mois des recettes de l'espèce ;
 - des excédents affectés à la réserve de compensation ;
 - des excédents de trésorerie résultant de leur cycle d'activité.

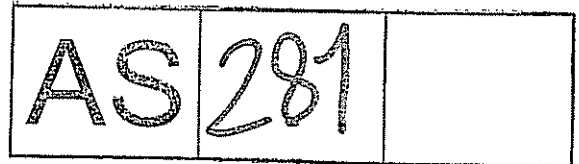
b) Les décisions mentionnées au III de l'article L. 1618-2 du code général des collectivités territoriales relèvent de la compétence du directeur de l'établissement public social et médico-social qui informe chaque année le conseil d'administration des opérations réalisées. »

II- « La perte de recettes éventuelle pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création de taxes additionnelles aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts ».

EXPOSE SOMMAIRE

Dans le secteur hospitalier, les règles de gestion financière permettent aux établissements de placer de la trésorerie et de générer ainsi des produits supplémentaires.

Dans le secteur social et médico-social, cette possibilité n'existe pas, ce qui est préjudiciable à leur saine gestion. Il conviendrait de permettre à ces établissements, parfois de taille très importante, d'avoir accès à ces techniques de gestion financière, en plaçant de la trésorerie lorsque le contexte le justifie.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2010 (N° 1976)

Amendement présenté par Mme. Isabelle Vasseur,
rapporteur pour le médico-social

Article additionnel après l'article 33

I. - Après l'article 33, insérer l'article suivant :

« Après le premier alinéa de l'article L 315-19 du code de l'action sociale et des familles sont insérés les six alinéas suivants :

« Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent déroger à l'obligation de dépôt auprès de l'Etat pour les fonds qui proviennent :

« - des dépôts de garanties et cautionnements reçus des résidents,

« - des recettes des activités annexes ;

« - des recettes d'hébergement perçues du résident dans la limite d'un mois des recettes de l'espèce ;

« - des excédents affectés à la réserve de compensation.

« - des excédents de trésorerie résultant de leur cycle d'activité »

II. - La perte de recettes pour l'État est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans le secteur hospitalier, les règles de gestion financière permettent aux établissements de placer de la trésorerie et de générer ainsi des produits supplémentaires.

Dans le secteur social et médico-social, cette possibilité n'existe pas, ce qui est préjudiciable. Il conviendrait de permettre à ces établissements, parfois de taille très importante, d'avoir accès à ces techniques de gestion financière, en plaçant de la trésorerie lorsque le contexte le justifie.

Par ailleurs, lors de la création de places nouvelles, les établissements ne perçoivent les crédits d'aide à l'investissement que « sur facture », après création effective des places, ce qui implique des avances de trésorerie importantes. De même, les crédits de fonctionnement futurs ne sont pas immédiatement alloués aux établissements.

A l'instar des hôpitaux, il serait au contraire souhaitable que ces crédits puissent être versés en amont, ce qui limiterait les avances de trésorerie pour ces établissements et leur permettrait de mettre en œuvre une gestion financière active de leur capacité d'autofinancement.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°1976)

AMENDEMENT

présenté par

Mme Fraysse, Mme Billard, M. Muzeau, M. Gremetz

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 33, insérer un article ainsi rédigé:

« Compléter l'alinéa 2 de l'article L1111-3 du codé de la santé publique par la phrase suivante:

« L'arrêté précité fixe également la proportion chiffrée que le dépassement ne peut en toute occasion excéder, dans la limite de 15% pour les actes techniques. ». »

EXPOSE SOMMAIRE

Cet amendement vise à enrayer l'inflation, observée au cours de la dernière décennie, des honoraires de nombreuses professions de santé, notamment des médecins spécialistes en secteur 2, qui pose un véritable problème de santé publique aggravant les inégalités sociales et géographiques dans l'accès aux soins, et ce, en fonction également des pratiques des professionnels des différentes spécialités médicales. Il y a urgence à plafonner ces dépassements, pour faire appliquer le droit constitutionnel à la santé.

Cet amendement reprend une des préconisations du Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'avril 2007 « Les dépassements d'honoraire médicaux » qui envisage, parmi ses propositions le plafonnement de tout dépassement d'honoraires, notamment à 15% s'agissant des actes techniques.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 33 ajouter un article ainsi rédigé :

L'article L. 5126-1 du code de la Santé publique est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé et les établissements médico-sociaux dans lesquels sont traités des malades, les syndicats inter hospitaliers, les groupements de coopération sanitaire, les groupements de coopération social et médico-social, hôpitaux des armées, les installations de chirurgie esthétique satisfaisant aux conditions prévues à l'article L. 6322-1 ainsi que les organismes, établissements et services mentionnés aux articles L. 5126-9 et L. 5126-13 peuvent disposer d'une ou plusieurs pharmacies à usage intérieur dans les conditions prévues au présent chapitre. »

EXPOSE SOMMAIRE

A l'instar du secteur sanitaire, le secteur médico-social doit désormais rentrer dans une logique de coopération et développer une stratégie de coordination territoriale entre établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cela est particulièrement vrai pour l'approvisionnement et la délivrance de médicaments, alors que le poste de consommation de médicaments en EHPAD est actuellement évalué à 800 M€ (P.J. Lancry, rapporteur de la mission médicaments en EHPAD). Dans ce contexte, la loi de financement de la Sécurité sociale 2009 a prévu la réintégration des médicaments dans les dotations soins des établissements, qui entrera en vigueur début 2011 après expérimentation en 2010.

Afin de s'y préparer, les établissements cherchent à mieux s'organiser et retrouver des marges de manoeuvre financières, en mutualisant la fonction de prestation pharmaceutique. L'intérêt d'en bénéficier est d'autant plus évident pour ceux qui n'ont pas de pharmacie à usage interne (PUI) et dont les résidents doivent s'adresser à une officine de ville.

Pour autant, il n'existe pas à ce jour d'outil juridique autorisant un groupement de coopération social et médico-social (GCSMS) à gérer une PUI pour le compte de plusieurs EHPAD.

Dans un souci d'efficience et de meilleure prise en charge des résidents grâce à la coopération inter établissements, il est donc proposé de donner compétence aux GCSMS pour exercer les activités de PUI.

Article additionnel après l'article ~~54~~ 33

Il est inséré l'article suivant :

« Le 5 ° de l'article L 162-14-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L 242-11, L 645-2 et L 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu géographique d'exercice, **sans pouvoir minorer celle-ci du fait de formes particulières d'exercice comme dans le cadre de maisons de santé, de pôles de santé ou en coopération avec des établissements de santé délivrant des soins à domicile ou des établissements et services sociaux et médico-sociaux** ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent. » .

Exposé des motifs :

Il s'agit d'un amendement sur l'absence de discrimination entre l'exercice libéral d'une profession de santé en ville ou en coopération avec un établissement de santé ou social et médico-social.

Il est important que les professionnels libéraux puissent coopérer avec des établissements sanitaires et médico-sociaux sans pour autant voir leur statut conventionnel amoindri, sur le plan de la participation des caisses d'assurance-maladie au financement de leurs cotisations.

C'est la raison pour laquelle il est proposé de préciser que les distinctions peuvent être opérées en fonction du lieu géographique d'installation ou d'exercice, et non en termes de distinction entre l'exercice libéral « classique » et celui organisé dans le cadre d'une coopération avec un service de soins infirmiers à domicile ou un établissement d'hospitalisation à domicile.

Ce rétablissement de la cohérence du cadre conventionnel est rendu nécessaire par une initiative malheureuse de l'UNCAM avec un syndicat de personnel infirmier, qui a introduit une distinction infondée entre le statut du professionnel libéral qui exerce de manière totalement indépendante, et qui voit donc ses cotisations prises en charges par l'assurance-maladie comme tous les autres professionnels de santé, et ceux qui coopèrent avec des HAD et des SSIAD.

Ceci place les différentes parties prenantes dans de grandes difficultés, à commencer pour les usagers des zones rurales ou enclavées :

Demandes compréhensibles de compensations financières des professionnels libéraux de ce « manque » en termes de cotisations ;

Impossibilité pour les services d'HAD et de SSIAD qui sont leurs partenaires d'y faire face, d'où le recours plus systématique, en zone urbaine, à des personnels salariés, mais du coup à des

impossibilités de répondre aux demandes en milieu rural, où l'alternative salariée n'existe pas.

Par ailleurs, cette situation est totalement contre-productive et incohérente du point de vue de la généralisation promue par la loi HPST du 21 juillet 2009 des coopérations entre professionnels de santé libéraux et établissement sanitaires et médico-sociaux : imagine-t-on que des chirurgiens ou obstétriciens libéraux qui coopèrent avec un établissement de santé public ou privé dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire, par exemple, perdent le bénéfice d'une composante de leur statut libéral et conventionnel comme la prise en charge de leurs cotisations ? Sauf à considérer que les auxiliaires médicaux exerçant sous forme indépendante ne sont pas pleinement considérés comme des professionnels de santé libéraux, du moins d'une manière moindre que les médecins ?

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 33 ajouter un article ainsi rédigé :

I- Au premier alinéa de l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale, après la première phrase, ajouter une phrase ainsi rédigée :

« Ces accords, conventions ou avenants peuvent, dès lors qu'ils sont signés par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, comporter des dispositions relatives aux rapports entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels visés par les articles précités. »

II- Au premier alinéa de l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale, remplacer la référence « L. 322-5-1 » par la référence « L. 322-5-2 ».

EXPOSE SOMMAIRE

Il s'agit d'une proposition de précision. L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la participation de l'UNOCAM aux négociations conventionnelles et le principe de sa signature. Toutefois l'objet de ces conventions demeure à l'heure actuelle de fixer les relations entre les régimes obligatoires et les professionnels de santé. Il convient donc de préciser que les conventions pourront également comporter des dispositions relatives aux rapports entre les organismes complémentaires et ces professions dans la mesure où l'UNOCAM aura conclu ces conventions.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°1976)

AMENDEMENT

présenté par

Mme Fraysse, Mme Billard, M. Muzeau, M. Gremetz

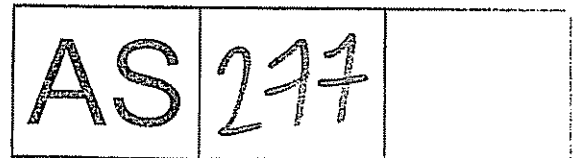
ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première phrase de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Cette commission peut être saisie par les patients ou leurs représentants associatifs. ».

EXPOSE SOMMAIRE

Il s'agit de créer les conditions pour que les patients puissent engager une action auprès de l'assurance maladie s'ils ont été l'objet de dépassements d'honoraires abusifs.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2010 (N° 1976)

Amendement présenté par Mme. Isabelle Vasseur,
rapporteur pour le médico-social et M. Denis Jacquat

Article additionnel après l'article 33

Après l'article 33, insérer l'article suivant :

I. Le 1° de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « *ainsi que pour les orthophonistes, la durée minimum d'expérience professionnelle acquise au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social* ».

II. Le 3° de l'article L 162-12-9 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « *ainsi que celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social* ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Alors que les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux contribuent pour une large part à leur formation, une grande majorité des masseurs-kinésithérapeutes et les orthophonistes s'orientent dès leur diplôme obtenu vers un exercice à titre libéral.

Cette situation ajoutée à celle d'un *numerus clausus* faible met en grande difficulté de nombreux établissements. Dans certains territoires, la situation apparaît aujourd'hui particulièrement alarmante et provoque des effets cumulatifs. Le surcroît de travail lié au manque de personnels de rééducation conduit au découragement et au départ des salariés présents.

Aussi, il est proposé de transposer concernant l'exercice libéral des masseurs-kinésithérapeutes (I de l'amendement) et des orthophonistes (II de l'amendement), le dispositif mis en œuvre pour les infirmières qui prévoit une durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement de santé avant toute installation.

La Commission nationale d'agrément, dont le secrétariat est assuré par la Direction générale de l'action sociale, ne pourra matériellement instruire tous les dossiers d'agrément avant le 1er janvier 2010, date d'application de la pénalité correspondant à 1% des rémunérations versées.

Une telle situation conduisant à un volume considérable de demandes d'agrément des accords d'entreprise a déjà été rencontrée en 1999 lorsque les organismes soumis à cette procédure ont demandé l'agrément des accords d'anticipation du passage à 35 heures dans le cadre de la loi dite « Aubry I ».

Les délais d'instruction des demandes d'agrément dépassant les 6 mois ont conduit à une vague de contentieux au préjudice de l'Etat, des Conseils généraux et de l'Assurance maladie qui assurent le financement des établissements et services soumis à la procédure d'agrément.

Les sommes en jeu ont d'ailleurs conduit le Législateur à intervenir au titre d'impérieux motifs d'intérêt général, dans le cadre de la loi du 17 janvier 2003, pour mettre fin aux contentieux.

C'est pour éviter les conséquences des délais d'agrément, conduisant à des redressements, pour les périodes pendant lesquelles les accords ou plans d'action ne seront pas encore agréés, que le présent amendement permet qu'ils soient opposables aux organismes de recouvrement dès signature et dépôt auprès de l'autorité administrative comme tout accord d'entreprise de droit commun.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2010 (n°1976)

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Michel Issindou, Catherine Lemorton, Jean Mallot, Catherine Génisson, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Jean-Marie Le Guen, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Patrick Roy, Martine Carrillon-Couvreux, Michel Liebgott, Michèle Delaunay, Christian Paul, Monique Iborra, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche.

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 33, insérer l'article suivant :

L'article L174-8 du code de la sécurité sociale à la fin du 4^e alinéa, après les mots : « ...par décret en Conseil d'Etat. », compléter par les mots suivants : « ... sans pouvoir être inférieur à 30% du montant de l'allocation pour adulte handicapé à taux plein pour les personnes accueillies en maison d'accueil spécialisée. »

Exposé des motifs

Les personnes handicapées adultes hébergées en MAS sont astreintes en principe, au paiement du forfait journalier hospitalier. Les personnes qui bénéficient de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en sont exonérées. Pour ces dernières, l'AAH est réduite à 30% de son montant après 60 jours passés dans la structure.

Etant donné que les bénéficiaires de l'AAH à taux plein dépassent systématiquement le plafond de ressources permettant d'accéder à la CMU-C, ils ne peuvent prétendre au bénéfice de cette couverture.

L'augmentation du forfait hospitalier entraîne donc pour eux une diminution du « reste à vivre »

L'augmentation du forfait hospitalier annoncée par le Gouvernement se fera par décret. Elle va creuser une inégalité entre les personnes handicapées en fonction de la structure dans laquelle ils vivent. En effet, une personne handicapée hébergée en établissement relevant de l'aide sociale (dépendant du département) et n'exerçant aucune activité conserve 30% de l'AAH à taux plein, soit 204€, ce qui fait une différence de 66% avec le résident en MAS percevant 123 euros.

L'objet de cet amendement vise éviter une inégalité de traitement entre les bénéficiaires de l'AAH.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2010 (N° 1976)

Amendement présenté par Mme. Isabelle Vasseur,
rapporteur pour le médico-social

Article additionnel après l'article 33

Après l'article 33, insérer l'article suivant :

« I. Au dernier alinéa de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale, substituer au mot « aux » les mots : « en 2010 à la moitié des »

« II. À compter du 1^{er} janvier 2011, le dernier alinéa de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale est abrogé.

« III. À compter du 1^{er} janvier 2012, au deuxième alinéa du b) du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles les mots : « des articles » sont remplacés par les mots : « de l'article », et les mots : « , et L. 541-4 du même code » sont supprimés.

« IV. Les pertes de recettes pour la Caisse nationale d'allocations familiales sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé est versée aux parents ayant un enfant atteint d'une incapacité permanente d'au moins 80 %. Cette prestation est majorée d'un montant forfaitaire pour le parent élevant seul son enfant. Cette allocation est financée par la branche famille, à l'exception de la majoration de parent isolé dont le financement est actuellement à la charge de la CNSA, sur la section III de son budget consacrée au financement de la prestation de compensation du handicap.

Afin de rétablir la cohérence globale du financement de la prestation et de tenir compte de la montée en charge de la PCH enfants, mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et qui se traduit par une baisse progressive du nombre des compléments

d'AEEH versés par les caisses d'allocations familiales, il est proposé de supprimer progressivement le financement de la majoration pour parent isolé à la charge de la CNSA. La subvention de la CNSA serait égale à la moitié des sommes versées au titre de la majoration en 2010, Elle serait supprimée à compter de 2011.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2010 (N° 1976)

Amendement présenté par Mme. Isabelle Vasseur,
rapporteur pour le médico-social et Denis Jacquat

Article additionnel après l'article 33

Après l'article 33, insérer l'article suivant :

« Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les reclassements intervenus, sans perte de rémunération pour les salariés, en application de l'article 7 de l'avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002 portant rénovation de la Convention collective nationale du 31 octobre 1951, sur la base de la position occupé sur l'échelle ou la grille indiciaire au 30 juin 2003. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La Convention collective nationale du 31 octobre 1951 a fait l'objet d'une rénovation de grande ampleur au cours de l'année 2002. Le travail de négociation menée par la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), d'une part, et par les organisations syndicales représentatives du secteur privé à but non lucratif, d'autre part, a abouti à la signature d'un avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002. Il convient de souligner que ce dernier a reçu la signature des organisations syndicales majoritaires participant à la négociation : la CFDT, la CFTC et la CFE-CGC.

Ce nouveau texte a modifié les règles de calcul des rémunérations en remplaçant les grilles indiciaires par des coefficients définis par métier. Le nouveau dispositif traduit l'évolution de carrière par l'application d'un pourcentage d'ancienneté fixe de 1 %, dans la limite de 30 %. Ce système a été complété par l'instauration d'une indemnité de carrière qui a pour objet de garantir, le cas échéant, à chaque salarié, une rémunération globale égale à celle qu'il aurait perçue selon l'ancien mécanisme.

En effet, entre les partenaires sociaux, il a été convenu que la rénovation de la Convention collective ne devait engendrer aucune baisse de salaire. L'entrée en vigueur de l'avenant, agréé par arrêté ministériel du 26 avril 2002 (*J.O. du 04.05.02*), a donc permis de maintenir des rémunérations

équivalentes voir supérieures à celles qui auraient été versées sous le régime antérieur.

Toutefois, malgré ces garanties, certains salariés ont saisi la justice aux fins d'obtenir la prise en compte, pour la détermination de l'ancienneté, non pas de leur position sur l'ancienne échelle ou grille indiciaire, mais de l'ancienneté acquise dans l'établissement. Or, cette ancienneté avait été contractée au moment de la rénovation de la Convention collective afin de permettre aux salariés d'accéder, sans perte de rémunération, parfois même avec un niveau de rémunération plus élevé, à un coefficient supérieur.

En outre, le Comité de suivi de l'avenant n° 2002-02 était intervenu pour préciser les modalités d'application de l'article 7 dudit avenant. Dans un avis rendu le 19 mai 2004, le Comité avait pris soin de rappeler que l'ancienneté prise en compte résultait de « *l'addition de la durée de tous les échelons, du 1^{er} échelon jusqu'à l'échelon occupé par le salarié au 30 juin 2003* » (Avis n°6 du Comité de suivi de l'avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002, rendu le 19 mai 2004).

Le Conseiller doyen honoraire de la Chambre sociale de la Cour de cassation, Maître B. Boubli, a confirmé cette interprétation dans une note du 19 novembre 2007 dans laquelle il souligne qu'il convient de prendre en considération « *l'ensemble des mesures adoptées qui visent à garantir à chaque salarié un niveau de rémunération équivalent à celui dont il bénéficiait antérieurement à son reclassement (art. 9) et une progression minimale (art. 8)* ».

Pourtant, dans un arrêt en date du 11 juillet 2007, la Cour de cassation a fait droit à la demande d'un salarié, sans cependant se prononcer sur la question du calcul de l'ancienneté à prendre en considération (Cass. soc. 11 juillet 2007, n°06-42.508).

Enfin, l'application de la décision de la Cour de cassation à l'ensemble des établissements visés par le champ d'application de la Convention collective du 31 octobre 1951 entraînerait des rappels de salaire dont le poids financier pourrait avoir des conséquences extrêmement préjudiciables. Comme le soulignait le Président de la FEHAP, Monsieur Antoine Dubout, dans une lettre à la Ministre de la Santé, Madame Roselyne Bachelot-Narquin, et à l'ancien Ministre du Travail, Monsieur Brice Hortefeux, en date du 25 mai 2009, le poids de ce surcoût a été évalué à environ 200 millions d'euros.

Une telle somme viendrait grever les budgets des établissements et alourdir les financements versés par l'Assurance maladie et les collectivités territoriales. De nombreux établissements pourraient ainsi être contraints de

mettre en œuvre des plans de sauvegarde de l'emploi afin de faire face à ces charges, voire de se placer sous le régime des procédures collectives prévues par le Livre VI du Code de commerce.

L'amendement proposé vise donc à valider les reclassements opérés, sans perte de rémunération, en application de l'article 7 de l'avenant n° 2002-02, afin de sauvegarder l'offre de soins et d'accueil des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du secteur privé à but non lucratif.

AMENDEMENT
présenté par Jean-Marie ROLLAND

Article additionnel après l'article ~~AB~~ 33

Après l'article 18, il est inséré l'article suivant :

« Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les reclassements intervenus, sans perte de rémunération pour les salariés, en application de l'article 7 de l'avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002 portant rénovation de la Convention collective nationale du 31 octobre 1951, sur la base de la position occupé sur l'échelle ou la grille indiciaire au 30 juin 2003. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

La Convention collective nationale du 31 octobre 1951 a fait l'objet d'une rénovation de grande ampleur au cours de l'année 2002. Le travail de négociation menée par la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), d'une part, et par les organisations syndicales représentatives du secteur privé à but non lucratif, d'autre part, a abouti à la signature d'un avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002. Il convient de souligner que ce dernier a reçu la signature des organisations syndicales majoritaires participant à la négociation : la CFDT, la CFTC et la CFE-CGC.

Ce nouveau texte a modifié les règles de calcul des rémunérations en remplaçant les grilles indiciaires par des coefficients définis par métier. Le nouveau dispositif traduit l'évolution de carrière par l'application d'un pourcentage d'ancienneté fixe de 1 %, dans la limite de 30 %. Ce système a été complété par l'instauration d'une indemnité de carrière qui a pour objet de garantir, le cas échéant, à chaque salarié, une rémunération globale égale à celle qu'il aurait perçue selon l'ancien mécanisme.

En effet, entre les partenaires sociaux, il a été convenu que la rénovation de la Convention collective ne devait engendrer aucune baisse de salaire. L'entrée en vigueur de l'avenant, agréé par arrêté ministériel du 26 avril 2002 (J.O. du 04.05.02), a donc permis de maintenir des rémunérations équivalentes voir supérieures à celles qui auraient été versées sous le régime antérieur.

Toutefois, malgré ces garanties, certains salariés ont saisi la justice aux fins d'obtenir la prise en compte, pour la détermination de l'ancienneté, non pas de leur position sur l'ancienne échelle ou grille indiciaire, mais de l'ancienneté acquise dans

l'établissement. Or, cette ancienneté avait été contractée au moment de la rénovation de la Convention collective afin de permettre aux salariés d'accéder, sans perte de rémunération, parfois même avec un niveau de rémunération plus élevé, à un coefficient supérieur.

En outre, le Comité de suivi de l'avenant n° 2002-02 était intervenu pour préciser les modalités d'application de l'article 7 dudit avenant. Dans un avis rendu le 19 mai 2004, le Comité avait pris soin de rappeler que l'ancienneté prise en compte résultait de « l'addition de la durée de tous les échelons, du 1^{er} échelon jusqu'à l'échelon occupé par le salarié au 30 juin 2003 » (Avis n°6 du Comité de suivi de l'avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002, rendu le 19 mai 2004).

Dans un arrêt en date du 11 juillet 2007, la Cour de cassation a fait droit à la demande d'un salarié, sans cependant se prononcer sur la question du calcul de l'ancienneté à prendre en considération (Cass. soc. 11 juillet 2007, n°06-42.508).

L'application de la décision de la Cour de cassation à l'ensemble des établissements visés par le champ d'application de la Convention collective du 31 octobre 1951 entraînerait des rappels de salaire dont le poids financier pourrait avoir des conséquences extrêmement préjudiciables pour les finances de l'assurance maladie et des conseils généraux évaluées à environ 200 millions d'euros.

L'amendement proposé vise donc à valider les reclassements opérés, sans perte de rémunération, en application de l'article 7 de l'avenant n° 2002-02, afin de sauvegarder l'offre de soins et d'accueil des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du secteur privé à but non lucratif.

Projet de loi Financement de la Sécurité Sociale 2010
Amendement présenté par M. JL Prél, Claude Leteurre

Article additionnel après l'article ~~54~~ **33**

33

Après l'article ~~54 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010~~, il est inséré l'article suivant .

« Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les reclassements intervenus, sans perte de rémunération pour les salariés, en application de l'article 7 de l'avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002 portant rénovation de la Convention collective nationale du 31 octobre 1951, sur la base de la position occupé sur l'échelle ou la grille indiciaire au 30 juin 2003. »

Exposé des motifs :

Il s'agit d'une proposition d'amendement de validation législative des dispositions de reclassement des salariés dans le cadre d'un accord agréé par les pouvoirs publics

La Convention collective nationale du 31 octobre 1951 a fait l'objet d'une rénovation de grande ampleur au cours de l'année 2002. Le travail de négociation a abouti à la signature d'un avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002. Il convient de souligner que ce dernier a reçu la signature des organisations syndicales majoritaires participant à la négociation : la CFDT, la CFTC et la CFE-CGC.

Ce nouveau texte a modifié les règles de calcul des rémunérations en remplaçant les grilles indiciaires par des coefficients définis par métier. Le nouveau dispositif traduit l'évolution de carrière par l'application d'un pourcentage d'ancienneté fixe de 1 %, dans la limite de 30 %. Ce système a été complété par l'instauration d'une indemnité de carrière qui a pour objet de garantir, le cas échéant, à chaque salarié, une rémunération globale égale à celle qu'il aurait perçue selon l'ancien mécanisme.

En effet, entre les partenaires sociaux, il a été convenu que la rénovation de la Convention collective ne devait engendrer aucune baisse de salaire. L'entrée en vigueur de l'avenant, agréé par arrêté ministériel du 26 avril 2002 (*J.O. du 04.05.02*), a donc permis de maintenir des rémunérations équivalentes voir supérieures à celles qui auraient été versées sous le régime antérieur.

Toutefois, malgré ces garanties, certains salariés ont saisi la justice aux fins d'obtenir la prise en compte, pour la détermination de l'ancienneté, non pas de leur position sur l'ancienne échelle ou grille indiciaire, mais de l'ancienneté acquise dans l'établissement. Or, cette ancienneté avait été contractée au moment de la rénovation de la Convention collective afin de permettre aux salariés d'accéder, sans perte de rémunération, parfois même avec un niveau de rémunération plus élevé, à un coefficient supérieur.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2009 – (N° 1976)

AMENDEMENT

Présenté par

M. Dominique TIAN, Etienne PINTE

ARTICLE ADDITIONNEL

33

Après l'article 18, ajouter un article ainsi rédigé :

« Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les reclassements intervenus, sans perte de rémunération pour les salariés, en application de l'article 7 de l'avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002 portant rénovation de la Convention collective nationale du 31 octobre 1951, sur la base de la position occupé sur l'échelle ou la grille indiciaire au 30 juin 2003. »

EXPOSE SOMMAIRE

Cet amendement est équivalent à celui de l'article 18 relatif aux agents des CCAS pour les personnels des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux du secteur privé à but non lucratif.

La Convention collective nationale du 31 octobre 1951 a fait l'objet d'une rénovation de grande ampleur au cours de l'année 2002. Le travail de négociation menée par la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), d'une part, et par les organisations syndicales représentatives du secteur privé à but non lucratif, d'autre part, a abouti à la signature d'un avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002. Il convient de souligner que ce dernier a reçu la signature des organisations syndicales majoritaires participant à la négociation : la CFDT, la CFTC et la CFE-CGC.

Ce nouveau texte a modifié les règles de calcul des rémunérations en remplaçant les grilles indiciaires par des coefficients définis par métier. Le nouveau dispositif traduit l'évolution de carrière par l'application d'un pourcentage d'ancienneté fixe de 1 %, dans la limite de 30 %. Ce système a été complété par l'instauration d'une indemnité de carrière qui a pour objet de garantir, le cas échéant, à chaque salarié, une rémunération globale égale à celle qu'il aurait perçue selon l'ancien mécanisme.

En effet, entre les partenaires sociaux, il a été convenu que la rénovation de la Convention collective ne devait engendrer aucune baisse de salaire. L'entrée en vigueur de l'avenant, agréé par arrêté ministériel du 26 avril 2002 (J.O. du 04.05.02), a donc permis de maintenir des rémunérations équivalentes voir supérieures à celles qui auraient été versées sous le régime antérieur.

Toutefois, malgré ces garanties, certains salariés ont saisi la justice aux fins d'obtenir la prise en compte, pour la détermination de l'ancienneté, non pas de leur position sur l'ancienne échelle ou grille indiciaire, mais de l'ancienneté acquise dans l'établissement. Or, cette ancienneté avait été contractée au moment de la rénovation de la Convention collective afin de permettre aux salariés d'accéder, sans perte de rémunération, parfois même avec un niveau de rémunération plus élevé, à un coefficient supérieur.

En outre, le Comité de suivi de l'avenant n° 2002-02 était intervenu pour préciser les modalités d'application de l'article 7 dudit avenant. Dans un avis rendu le 19 mai 2004, le Comité avait pris soin de rappeler que l'ancienneté prise en compte résultait de « *l'addition de la durée de tous les échelons, du 1^{er} échelon jusqu'à l'échelon occupé par le salarié au 30 juin 2003* » (Avis n°6 du Comité de suivi de l'avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002, rendu le 19 mai 2004).

Le Conseiller doyen honoraire de la Chambre sociale de la Cour de cassation, Maître B. Boubli, a confirmé cette interprétation dans une note du 19 novembre 2007 dans laquelle il souligne qu'il convient de prendre en considération « *l'ensemble des mesures adoptées qui visent à garantir à chaque salarié un niveau de rémunération équivalent à celui dont il bénéficiait antérieurement à son reclassement (art. 9) et une progression minimale (art. 8)* ».

Pourtant, dans un arrêt en date du 11 juillet 2007, la Cour de cassation a fait droit à la demande d'un salarié, sans cependant se prononcer sur la question du calcul de l'ancienneté à prendre en considération (Cass. soc. 11 juillet 2007, n°06-42.508).

Enfin, l'application de la décision de la Cour de cassation à l'ensemble des établissements visés par le champ d'application de la Convention collective du 31 octobre 1951 entraînerait des rappels de salaire dont le poids financier pourrait avoir des conséquences extrêmement préjudiciables. Comme le soulignait le Président de la FEHAP, Monsieur Antoine Dubout, dans une lettre à la Ministre de la Santé, Madame Roselyne Bachelot-Narquin, et à l'ancien Ministre du Travail, Monsieur Brice Hortefeux, en date du 25 mai 2009, le poids de ce surcoût a été évalué à environ 200 millions d'euros. Une telle somme viendrait grever les budgets des établissements et alourdir les financements versées par l'Assurance maladie et les collectivités territoriales. De nombreux établissements pourraient ainsi être contraints de mettre en œuvre des plans de sauvegarde de l'emploi afin de faire face à ces charges, voire de se placer sous le régime des procédures collectives prévues par le Livre VI du Code de commerce.

L'amendement proposé qui permettrait une économie de 200M d'euros vise donc à valider les reclassements opérés, sans perte de rémunération, en application de l'article 7 de l'avenant n° 2002-02, afin de sauvegarder l'offre de soins et d'accueil des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du secteur privé à but non lucratif.

AMENDEMENT DE REMI DELATTE

33

Après l'article ~~de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003~~, il est
inséré l'article ~~suivant~~ suivant :

« Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les reclassements intervenus, sans perte de rémunération pour les salariés, en application de l'article 7 de l'avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002 portant rénovation de la Convention collective nationale du 31 octobre 1951, sur la base de la position occupée sur l'échelle ou la grille indiciaire au 30 juin 2003. »

EXPOSE DES MOTIFS

La Convention collective nationale du 31 octobre 1951 a fait l'objet d'une rénovation de grande ampleur au cours de l'année 2002. Le travail de négociation menée par la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), d'une part, et par les organisations syndicales représentatives du secteur privé à but non lucratif, d'autre part, a abouti à la signature d'un avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002. Il convient de souligner que ce dernier a reçu la signature des organisations syndicales majoritaires participant à la négociation : la CFDT, la CFTC et la CFE-CGC.

Ce nouveau texte a modifié les règles de calcul des rémunérations en remplaçant les grilles indiciaires par des coefficients définis par métier. Le nouveau dispositif traduit l'évolution de carrière par l'application d'un pourcentage d'ancienneté fixe de 1 %, dans la limite de 30 %. Ce système a été complété par l'instauration d'une indemnité de carrière qui a pour objet de garantir, le cas échéant, à chaque salarié, une rémunération globale égale à celle qu'il aurait perçue selon l'ancien mécanisme.

En effet, entre les partenaires sociaux, il a été convenu que la rénovation de la Convention collective ne devait engendrer aucune baisse de salaire. L'entrée en vigueur de l'avenant, agréé par arrêté ministériel du 26 avril 2002 (J.O. du 04.05.02), a donc permis de maintenir des rémunérations équivalentes voir supérieures à celles qui auraient été versées sous le régime antérieur.

Toutefois, malgré ces garanties, certains salariés ont saisi la justice aux fins d'obtenir la prise en compte, pour la détermination de l'ancienneté, non pas de leur position sur l'ancienne échelle ou grille indiciaire, mais de l'ancienneté acquise dans l'établissement. Or, cette ancienneté avait été contractée au moment de la rénovation de la Convention collective afin de permettre aux salariés d'accéder, sans perte de rémunération, parfois même avec un niveau de rémunération plus élevé, à un coefficient supérieur.

En outre, le Comité de suivi de l'avenant n° 2002-02 était intervenu pour préciser les modalités d'application de l'article 7 dudit avenant. Dans un avis rendu le 19 mai 2004, le Comité avait pris soin de rappeler que l'ancienneté prise en compte résultait de

« l'addition de la durée de tous les échelons, du 1^{er} échelon jusqu'à l'échelon occupé par le salarié au 30 juin 2003 » (Avis n°6 du Comité de suivi de l'avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002, rendu le 19 mai 2004).

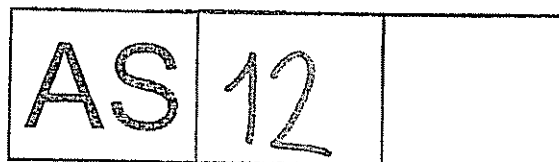
Le Conseiller doyen honoraire de la Chambre sociale de la Cour de cassation, Maître B. Boubli, a confirmé cette interprétation dans une note du 19 novembre 2007 dans laquelle il souligne qu'il convient de prendre en considération « l'ensemble des mesures adoptées qui visent à garantir à chaque salarié un niveau de rémunération équivalent à celui dont il bénéficiait antérieurement à son reclassement (art. 9) et une progression minimale (art. 8) ».

Pourtant, dans un arrêt en date du 11 juillet 2007, la Cour de cassation a fait droit à la demande d'un salarié, sans cependant se prononcer sur la question du calcul de l'ancienneté à prendre en considération (Cass. soc. 11 juillet 2007, n°06-42.508).

Enfin, l'application de la décision de la Cour de cassation à l'ensemble des établissements visés par le champ d'application de la Convention collective du 31 octobre 1951 entraînerait des rappels de salaire dont le poids financier pourrait avoir des conséquences extrêmement préjudiciables. Comme le soulignait le Président de la FEHAP, Monsieur Antoine Dubout, dans une lettre à la Ministre de la Santé, Madame Roselyne Bachelot-Narquin, et à l'ancien Ministre du Travail, Monsieur Brice Hortefeux, en date du 25 mai 2009, le poids de ce surcoût a été évalué à environ 200 millions d'euros. Une telle somme viendrait grever les budgets des établissements et alourdir les financements versées par l'Assurance maladie et les collectivités territoriales. De nombreux établissements pourraient ainsi être contraints de mettre en œuvre des plans de sauvegarde de l'emploi afin de faire face à ces charges, voire de se placer sous le régime des procédures collectives prévues par le Livre VI du Code de commerce.

L'amendement proposé vise donc à valider les reclassements opérés, sans perte de rémunération, en application de l'article 7 de l'avenant n° 2002-02, afin de sauvegarder l'offre de soins et d'accueil des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux du secteur privé à but non lucratif.

Ap. Art. 33
N°



ASSEMBLÉE NATIONALE

13 septembre 2009

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2010

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

N°

présenté par

Bérengère POLETTI,

Isabelle VASSEUR, Anne GROMMERCH, Gabrielle LOUIS-CARABIN, Guy MALHERBE et Guy LEFRAND

Députés

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 33, insérer l'article suivant :

Le gouvernement étudiera les moyens d'améliorer la formation des personnels attachés aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans l'objectif d'une meilleure prise en charge. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement.

EXPOSÉ DES MOTIFS

D'après un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) publié le 17 août 2009, plus de 657 000 personnes âgées sont hébergées au sein d'établissements, et plus de 84% d'entre elles sont dans une situation de dépendance qui entraîne une médicalisation croissante des établissements, et notamment la généralisation des signatures de conventions tripartites, qui transforment les établissements traditionnels en Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Confrontés à une augmentation annuelle du nombre de personnes hébergées de plus de 2 %, et à une durée moyenne de séjour d'environ 2 ans et demi, ces EHPAD sont confrontés à une pénurie de

personnels soignants.

Si l'amélioration du taux d'encadrement des personnes âgées hébergées en Ehpad constitue l'un des enjeux majeurs de notre politique de prise en charge, il apparaît cependant que de nombreux Ehpad situés en zone urbaine peinent à recruter et à garder leur personnel au sein de leurs structures. Ce phénomène pourrait être lié au fait qu'il n'existe pas de véritable filière spécialisée dans l'accueil des personnes âgées dépendantes.

Un accord cadre conclu en 2005 entre le gouvernement et le secteur de l'hébergement public et privé pour personnes âgées dépendantes devait pourtant inciter les établissements à proposer à leurs personnels non qualifiés de s'engager dans une Validation des Acquis de l'Experience (VAE) ou de suivre des formations d'aides-soignants par le biais de concours.

L'objet de cet amendement est donc de demander au gouvernement d'étudier une solution pour améliorer la formation des personnels au sein des Ehpad et de proposer les moyens de mise en place d'une véritable filière spécifique à la prise en charge des personnes en situation de perte d'autonomie. L'enjeu est d'améliorer et de valoriser les parcours professionnels, tout en privilégiant une meilleure qualité d'accueil et de soins pour les personnes hébergées.