

Le 19 octobre 2010

Commission des affaires sociales

Projet de loi de financement de la sécurité sociale (2854)

Amendements reçus par la commission à l'expiration du délai de dépôt
Liasse 4 (articles 41 à 42 – première partie)
Rectifiée

NB : les amendements enregistrés et qui ont été déclarés irrecevables par le président de la commission ne sont pas diffusés.

| | | |
|----|---|--|
| AS | 4 | |
|----|---|--|

Amendement présenté par Valérie ROSSO-DEBORD

Facilitation de la convergence intersectorielle – détermination du modèle de convergence

Article 41

Compléter cet article par les mots suivants :

« sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire ».

Exposé des motifs

Afin de poursuivre la convergence tarifaire, il convient également de déterminer un modèle de convergence qui décrive précisément et opérationnellement ce que sera le système de tarification à construire d'ici 2018.

A cet égard, en cas de convergence du privé vers le public, il est nécessaire que l'équité puisse être respectée.

Or le modèle de convergence proposé compare les montants payés tous payeurs confondus, c'est-à-dire en incluant les dépassements, alors que le taux de prise en charge par le régime obligatoire n'est pas le même.

Il n'est pas équitable que pour un montant rendu identique tous payeurs confondus, la solidarité nationale n'intervienne pas dans les mêmes conditions.

C'est pourquoi, dans l'attente de la mise en place du secteur optionnel, si le processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas, il doit être précisé que ces tarifs les plus bas sont calculés sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

| | | |
|----|----|--|
| AS | 84 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 41

Ajouter à la fin de cet article deux alinéas ainsi rédigés :

I- « sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire ».

~~II- Le pourcentage de prise en charge est déterminé à une convergence par la création d'un~~
additionne aux droits visés aux articles 373 et 373 A du Code de Sécurité Sociale.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Afin de poursuivre la convergence tarifaire, il convient de déterminer un modèle de convergence qui décrive précisément et opérationnellement ce que sera le système de tarification à construire d'ici 2018.

A cet égard, en cas de convergence du privé vers le public, il est nécessaire que l'équité puisse être respectée.

Or le modèle de convergence proposé compare les montants payés tous payeurs confondus, c'est-à-dire en incluant les dépassements, alors que le taux de prise en charge par le régime obligatoire n'est pas le même.

Il n'est pas équitable que pour un montant rendu identique tous payeurs confondus, la solidarité nationale n'intervienne pas dans les mêmes conditions.

C'est pourquoi, dans l'attente de la mise en place du secteur optionnel, si le processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas, il doit être précisé que ces tarifs les plus bas sont calculés sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

ART.



ASSEMBLÉE NATIONALE

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

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article 41

Ajouter après les mots « les plus bas », les mots « sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire ».

Exposé des motifs

Cet amendement a pour but la facilitation de la convergence intersectorielle – détermination du modèle de convergence

Afin de poursuivre la convergence tarifaire, il convient également de déterminer un modèle de convergence qui décrive précisément et opérationnellement ce que sera le système de tarification à construire d'ici 2018.

A cet égard, en cas de convergence du privé vers le public, il est nécessaire que l'équité puisse être respectée.

Or le modèle de convergence proposé compare les montants payés tous payeurs confondus, c'est-à-dire en incluant les dépassements, alors que le taux de prise en charge par le régime obligatoire n'est pas le même.

Les dépassements d'honoraires dans les établissements publics sont intégrés, ce qui n'est pas le cas dans les établissements publics.

Il n'est pas équitable que pour un montant rendu identique tous payeurs confondus, la solidarité nationale n'intervienne pas dans les mêmes conditions.

C'est pourquoi, dans l'attente de la mise en place du secteur optionnel, si le processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas, il doit être précisé que ces tarifs les plus bas sont calculés sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 184 | |
|----|-----|--|

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2011

n°2854

Amendement présenté par Guy Lefrand 

Article ● 41

Ajouter à la fin du présent article :

« sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire »

Exposé des motifs

Afin de poursuivre la convergence tarifaire, il convient également de déterminer un modèle de convergence qui décrive précisément et opérationnellement ce que sera le système de tarification à construire d'ici 2018.

A cet égard, en cas de convergence du privé vers le public, il est nécessaire que l'équité puisse être respectée.

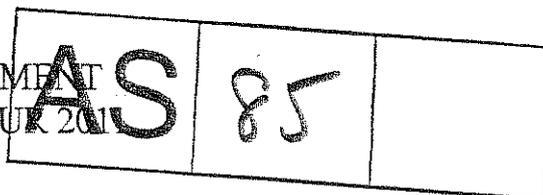
Or le modèle de convergence proposé compare les montants payés par tous payeurs confondus, c'est-à-dire en incluant les dépassements, alors que le taux de prise en charge par le régime obligatoire n'est pas le même.

Il n'est pas équitable que pour un montant rendu identique tous payeurs confondus, la solidarité nationale n'intervienne pas dans les mêmes conditions.

C'est pourquoi dans l'attente de la mise en place du secteur optionnel, si le processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas, il doit être précisé que ces tarifs les plus sont calculés sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 41

Ajouter à la fin de cet article un alinéa ainsi rédigé :

I- « 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 ; »

~~Le présent amendement vise à faciliter la convergence intersectorielle en instituant 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.~~

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à faciliter la convergence intersectorielle en instituant 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).

La distinction entre ces deux masses permettra au demeurant une meilleure appréhension de l'activité médicale.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

| | | |
|----|----|--|
| AS | 86 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 41

Ajouter à la fin de cet article un alinéa ainsi rédigé :

I- «Au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004, 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^o du I de l'article L162-22-10 du Code de la Sécurité sociale à la date du 1^{er} mars 2011 et ceux afférant aux prestations de soins prévues au 1^o 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 2017 à la dotation prévue à l'article L162-22-13 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les revenus des hôpitaux résultant actuellement du non-alignement de leurs tarifs sur ceux des cliniques devraient leur être attribués sous forme d'une dotation de convergence afin de faciliter l'évolution progressive indispensable vers la convergence sectorielle.

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

En revanche, toute activité supplémentaire générée à compter de la date de mise en place serait payée **au tarif unique** (majorée du GHS rémunérations médicales et Services Médico-Technique). Il conviendrait en effet de distinguer la masse financière allouée de l'accroissement de l'activité. En effet la remise en cause des écarts de revenus issus de l'histoire propre à chaque secteur, des revenus générés par l'activité nouvelle des établissements, ne peut être que très progressive.

| | |
|----|-----|
| AS | 247 |
|----|-----|

PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL

61

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

« 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.

Dans la LFSS pour 2010, le gouvernement a reporté la convergence à 2018 au lieu de 2012. Or ce dispositif doit être supprimé sous toutes ses formes, y compris la convergence ciblée mise en œuvre en 2010, dans l'attente des enquêtes préconisées par l'IGAS en 2006 permettant d'identifier le poids des missions de service public dans le financement des établissements de santé.

Les modalités de détermination des coûts des séjours sont différentes entre les établissements publics et privés.

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.

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 302 | |
|----|-----|--|

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 41, insérer l'article suivant:

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

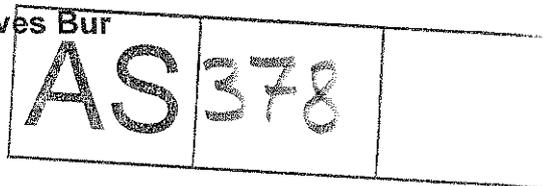
EXPOSE DES MOTIFS

Cet amendement vise à supprimer la convergence tarifaire.

Cette mesure contestable sur le fond s'avère de surcroît inapplicable, en particulier entre les structures publiques et privées qui n'ont ni les mêmes missions, ni les mêmes publics.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur



Article additionnel

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« I.— Après la première phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 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 supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale, lorsqu'à défaut de la correction de ces écarts de coûts, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont identiques pour les établissements visés aux *a*, *b* et *i* de l'article L. 162-22-6 du même code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

« II.— Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10, 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, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de charges financières, les tarifs nationaux des prestations et les forfaits annuels susvisés sont identiques pour les établissements visés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. » ;

« 2° Dans la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, les références : « 1° à 3° » sont remplacées par les références : « 1° à 4° ». »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit d'un amendement sur la prise en compte dans les tarifs hospitaliers du différentiel de charges sociales qui est nettement supérieur dans les établissements de santé privés (cotisations retraite, cotisations chômage, *etc.*), par rapport aux établissements publics de santé.

Cet amendement correspond à celui qui avait été voté par la commission mixte paritaire lors de l'examen du PLFSS 2010, mais qui a été supprimé au moment du vote solennel à la demande du Gouvernement, dans le cadre d'un vote bloqué. Ainsi et au-delà de sa dimension technique, cet amendement pose la question beaucoup plus politique du

pluralisme de l'offre en matière de soins hospitaliers et permet de préserver l'existence d'une offre de soins privée non lucrative dans notre pays représentée par les établissements dits « ex-PSPH », ou ESPIC depuis la loi HPST. En effet et si les établissements publics de santé peuvent malheureusement accumuler sans péril imminent des déficits élevés, dont 25 % est masqué selon le dernier rapport de la Cour des comptes, tel n'est pas le cas de ces établissements privés non lucratifs, tenus à la sincérité des comptes avec une certification indépendante. Les difficultés financières sérieuses de certains de ces établissements seraient fortement atténuées voire annulées avec cet amendement qui est donc une mesure de justice, soutenue par les parlementaires en 2010, mais refusée par l'exécutif.

Lors du débat sur le PLFSS 2010, le ministère de la santé avait émis des doutes sur la réalité du différentiel de charges. Il avait aussi indiqué que des études complémentaires à celles de l'IGAS (mars 2007) étaient nécessaires, pour confirmer ou non la conclusion de l'IGAS d'un différentiel de 4,05 %. Cette étude a été réalisée par la DREES en lien avec le cabinet Aumeras et ses résultats ont été communiqués en septembre 2010. Le différentiel de charges sociales est non seulement confirmé dans sa réalité, mais aussi accentué dans son ampleur : 6,18 %, sachant que les rémunérations nettes dans le secteur privé non lucratif sont inférieures de 2 % à celles du secteur public.

Le désavantage est donc certain et introduit une distorsion importante que le présent amendement propose de corriger sous la forme d'un coefficient correcteur de charges sociales, comme il existe déjà un correcteur géographique des tarifs hospitaliers. Il ne s'agit donc pas de générer ainsi une nouvelle échelle tarifaire, comme le ministère de la santé l'avait indiqué au moment du PLFSS 2010 : en effet, on ne peut avancer que les coefficients correcteurs géographiques génèrent aujourd'hui six échelles tarifaires différentes !

Cette méthode du coefficient correcteur a pour avantage de ne pas générer de charges nouvelles pour l'assurance-maladie, puisqu'il ne s'agit que d'un rééquilibrage des tarifs appliqués au secteur public et au secteur privé non lucratif. Naturellement, ce coefficient a vocation à être adapté au fur et à mesure des évolutions législatives et réglementaires : si les cotisations retraite des fonctionnaires hospitaliers sont alignées à la hausse progressivement comme cela a été annoncé, le coefficient sera donc adapté année après année.

Lors des débats sur le PLFSS 2010, l'impact de cet amendement pour les recettes des hôpitaux publics avait fait l'objet de chiffres alarmistes de la part du ministère de la santé : le chiffre de 500 millions d'euros avait été avancé sur un total de 25 milliards. En réalité, l'impact est précisément chiffré à 77 millions d'euros, sur la base d'un différentiel à 4,05 %, et de 130 millions d'euros, pour un différentiel à 6,18 %.

L'amendement a été adapté et actualisé par rapport à la rédaction débattue lors du PLFSS 2010 : les différences de charges fiscales ont été retirées du périmètre de l'amendement. En effet et pour réelles qu'elles soient, ces distorsions supplémentaires doivent être préalablement objectivées dans un rapport officiel comme pour les charges sociales. Par ailleurs, l'amendement tient compte aussi de la mise en œuvre progressive d'une convergence ciblée entre les deux échelles tarifaires publiques et privées. Elle n'a été réalisée en totalité que sur 21 GHS, à périmètre tarifaire comparable. Mais naturellement, l'amendement propose de tenir compte aussi du différentiel de charges dans ces situations. Le rééquilibrage des recettes opéré, sans surcoût pour l'assurance-maladie, est de 14 millions d'euros (hypothèse IGAS à 4,05 %) et de 23 millions d'euros (hypothèse DREES-Aumeras à 6,18 %).

Le présent amendement porte donc à la fois sur la convergence tarifaire intrasectorielle, entre établissements de santé publics et privés non lucratifs, d'une part, et sur la convergence tarifaire intersectorielle au fur et à mesure de sa mise en œuvre, entre établissements de santé de tous statuts : publics, privés non lucratifs et privés de statut commercial, d'autre part.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

| | | |
|----|----|--|
| AS | 72 | |
|----|----|--|

ARTICLE ADDITIONNEL

41

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

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 supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de coûts, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L 162-22-10 du même code sont identiques pour les établissements visés au a, b et c de l'article L 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

II- 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, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de charges financières, les tarifs nationaux des prestations et les forfaits annuels susvisés sont identiques pour les établissements visés au a, b et c de l'article L 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part.

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° ».

III- La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux article 575 et 575 A du Code Général des Impôts.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à intégrer explicitement, dans la conduite de la convergence tarifaire intra et intersectorielle, les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales entre établissements de santé publics, d'une part, et des établissements de santé privés, non

lucratifs et de statut commercial, d'autre part.

Il s'agit, en effet, de contraintes exogènes pesant inégalement sur ces 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 successifs pour la loi de financement de la sécurité sociale depuis 2008, plusieurs parlementaires de toutes appartenances ont interpellé la Ministre sur :

- Le caractère objectif et documenté par un rapport de l'IGAS datant de mars 2007 sur le différentiel de charges sociales supporté par les établissements privés à but non lucratif par rapport aux établissements publics de santé, 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 apparaît qu'il n'est plus possible désormais de demander aux établissements privés non lucratifs d'attendre cette date lointaine pour compenser ce désavantage tarifaire très important. L'étude de l'IGAS de 2006 l'a établi à 4,05 % de la masse salariale des établissements privés non lucratifs, incluant la taxe sur les salaires, compte non-tenu qui plus est du différentiel correspondant aux autres charges fiscales.

Ce sont les raisons pour lesquelles, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le Sénat puis la commission mixte paritaire ont accepté l'amendement créant un coefficient correcteur pour le différentiel de charges sociales. Le Ministère de la Santé s'y est opposé et le coefficient correcteur a été supprimé lors du vote solennel de la LFSS 2010. A cette occasion, le Ministère a annoncé de nouvelles études sur le sujet, qui ont été communiquées en septembre 2010 (DREES et Cabinet Aumeras). Cette étude est venue confirmer l'importance du différentiel de charges sociales entre établissements de santé publics et privés non lucratifs en le chiffrant à 6,18 %, donc sur une valeur supérieure au rapport de l'IGAS précité, alors que les rémunérations nettes dans le privé non lucratif sont inférieures de 2,44 % dans le secteur public.

Aussi il serait logique d'avancer sur une première étape en 2011, pour ce qui concerne les charges sociales, et de compléter en 2012 avec des études sur les autres composantes fiscales du différentiel de charges. La mise en place législative d'un coefficient correcteur de charges sociales est la première étape nécessaire de cette progressivité. Cette mesure ne crée aucune charge supplémentaire pour l'assurance-maladie, mais constitue un rééquilibrage, à activités équivalentes, entre les recettes et les charges des établissements de santé publics et privés.

Par rapport au libellé de l'amendement adopté en 2010 par la commission mixte paritaire, après son adoption par le Sénat, la rédaction a été adaptée pour retirer la dimension fiscale du différentiel. Elle est réelle mais elle n'est pas encore objectivée et confirmée comme le différentiel de charges sociales, et elle est pour une large part liée à la fiscalité locale différente entre établissements publics et privés. L'amendement intègre aussi la nécessité de tenir compte également du différentiel de charges sociales pour les tarifs - 21 en 2010 - qui sont désormais en convergence totale entre les trois secteurs d'hospitalisation.

Pour ce qui concerne la dynamique de convergence intra-sectorielle entre établissements publics de santé et établissements privés non lucratifs rémunérés sur la même échelle tarifaire « ex-DG », la mise en place du coefficient correcteur ne comporte aucune charge supplémentaire pour l'assurance-maladie, mais se traduit par un rééquilibrage des recettes, qui demeure interne à l'enveloppe :

- De 77,1 millions d'euros si l'on retient comme hypothèse basse la conclusion du rapport IGAS d'un différentiel de charges sociales de +4,05 %, soit un coefficient correcteur des tarifs des établissements privés non lucratifs de + 2,8% pour tenir compte du poids relatif de la masse salariale dans les budgets (70%) ;
- De 130 millions d'euros si l'on retient comme hypothèse haute la conclusion du récent rapport DREES-Aumeras de + 6,18 %, soit un coefficient correcteur des tarifs des établissements privés non lucratifs de +4,3 %, toujours pour tenir compte du poids relatif de la masse salariale.
- Bien évidemment, ce coefficient a vocation à être actualisé régulièrement, en fonction des taux obligatoires appelés de charges sociales dans les deux secteurs privés et publics.

Pour ce qui concerne la dynamique de convergence inter-sectorielle entre établissements publics, privés non lucratifs et de statut commercial, la rédaction de l'amendement proposé tient compte désormais de la mise en place en 2010 de 21 tarifs nationaux de prestations en convergence dite « ciblée » et d'application totale à périmètre tarifaire comparable (en intégrant dans la comparaison notamment, à défaut de pouvoir le faire dans un « tarif tout compris » directement, les honoraires et dépassements d'honoraires). Logiquement et dans ce cas de figure, le coefficient correcteur de charges sociales doit être appliqué aussi, en tenant compte pour son évaluation des volumes respectifs de recettes concernés (soit pour les 21 tarifs convergés en 2010) :

- Une assiette de recettes de 528 millions d'euros de recettes pour le secteur hospitalier public, d'une part,
- De 92 millions d'euros pour le secteur privé non lucratif,
- Et de 490 millions d'euros pour le secteur privé de statut commercial.

Le coefficient correcteur appliqué aux tarifs en convergence inter-sectorielle totale ne comporte aucune charge supplémentaire pour l'assurance-maladie mais se traduit par un rééquilibrage des recettes qui demeure interne à l'enveloppe allouée entre le secteur public d'une part, et le secteur privé non lucratif et lucratif d'autre part, soit sur la base (pour les 21 tarifs convergés en 2010 et à partir des activités 2009) :

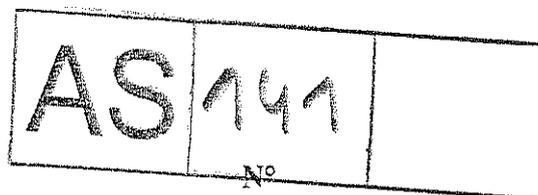
- Un rééquilibrage des recettes de 14 millions d'euros au bénéfice des tarifs des établissements privés, non lucratifs et de statut commercial, sur la base de l'hypothèse basse du rapport de l'IGAS (confer supra), soit un coefficient correcteur des tarifs publics convergés de 0,973 pour prendre en compte et neutraliser l'avantage concurrentiel du secteur public en termes de charges sociales plus faibles.
- Un rééquilibrage des recettes de 23 millions d'euros au bénéfice des tarifs convergés des établissements privés, non lucratifs et de statut commercial, sur la base de l'hypothèse haute du rapport DREES-Aumeras (confer supra), soit un coefficient correcteur des tarifs publics convergés de 0,958 pour prendre en compte et neutraliser l'avantage concurrentiel du secteur public en termes de charges sociales plus faibles.
- Bien évidemment, ce coefficient a vocation à être actualisé régulièrement, en fonction des taux obligatoires appelés de charges sociales dans les deux secteurs privés et publics, d'une part, et de l'évolution de la liste des tarifs en convergence totale d'autre part.

Ces deux mesures, qui n'entraînent aucune charge nouvelle pour l'assurance-maladie, même si pour des raisons formelles, le présent amendement est gagé sur les droits du tabac, peuvent être compensées au sein du périmètre des établissements publics de santé par :

- La suppression du double paiement par l'assurance-maladie de l'activité libérale des praticiens hospitaliers (dont la rémunération est intégrée dans les tarifs et budgets d'une part, mais dont les actes sont remboursés en sus aux patients consultant en secteur privé), soit une enveloppe annuelle de 200 millions d'euros de sur-paiements ;
- La suppression de la prise en charge par l'employeur AP-HP de 50 % de certaines charges sociales relevant des salariés, au titre de l'attitude patriotique durant la Libération, soit une enveloppe annuelle de 53 millions d'euros.

Par ailleurs et au regard des réserves énoncées par le Ministère de la Santé lors des débats du PLFSS 2010, il y a lieu de rappeler que ce coefficient correcteur de charges sociales n'a pas pour conséquence de créer une nouvelle et troisième échelle tarifaire. En effet, le mécanisme du coefficient correcteur est d'ores et déjà appliqué pour certaines zones géographiques (5% pour la Corse, 7% pour l'Île de France, 25 % pour les DOM et 30% pour la Réunion), sur l'échelle nationale des tarifs, afin de l'adapter à ces situations particulières, sans que cela ne se traduise pratiquement par 6 échelles de tarifs.

La prise en compte du différentiel de charges sociales entre établissements publics et privés comporte également un autre enjeu en termes de relance de la coopération sanitaire. Le différentiel étant désormais une question bien identifiée et reconnue par les différents opérateurs publics et privés, apparaît désormais un argument anormal des partenaires publics dans des GCS : ils demandent que celui-ci soit de droit public, quand bien même la majorité des apports et du capital serait privée, pour éviter d'avoir à assumer financièrement un niveau de charges sociales plus élevé pour les personnels que le GCS serait susceptible d'employer. La neutralisation économique du différentiel de charges par l'application d'un coefficient correcteur participe donc aussi d'une mesure nécessaire au pluralisme du système de santé et de l'équilibre entre les différents secteurs de l'hospitalisation.



ART.

ASSEMBLÉE NATIONALE

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

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel ~~à~~ l'article 41

après

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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 supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de coûts, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L 162-22-10 du même code sont identiques pour les établissements visés au a, b et c de l'article L 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

II. 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 :

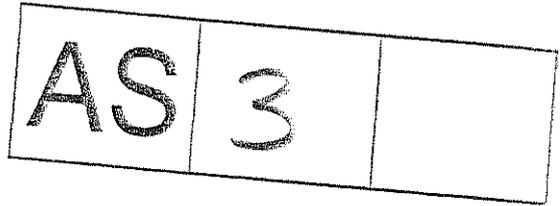
« 4° Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés au 1° et 2° du I du présent article, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale, lorsqu'à défaut de la correction desdits écarts de charges financières, les tarifs nationaux des prestations et les forfaits annuels susvisés sont identiques pour les établissements visés au a, b et c de l'article L 162-22-6 dudit code d'une part, et lorsque des tarifs nationaux des prestations pour l'ensemble des catégories d'établissements visés à l'article L 162-22-10 du même code sont établis sur la base d'une convergence totale, à périmètre tarifaire comparable, d'autre part. »

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° ».

EXPOSE DES MOTIFS :

Le présent amendement vise à intégrer explicitement, dans la conduite de la convergence tarifaire intra et inter-sectorielle, les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales entre établissements de santé publics, d'une part, et des établissements de santé privés, non lucratifs et de statut commercial, d'autre part.

Il s'agit, en effet, de contraintes exogènes pesant inégalement sur ces 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 ».



PLFSS 2011

Amendement présenté par Valérie ROSSO-DEBORD

Facilitation de la convergence intersectorielle - création d'une échelle unique des tarifs des prestations de soins à compter du 1^{er} mars 2011

Article **41**

Ajouter :

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 ».

Exposé des motifs

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 réintégréées 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.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

| | | |
|----|----|--|
| AS | 87 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 41

Ajouter à la fin de cet article deux alinéas ainsi rédigé :

«Au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004 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 ».

EXPOSÉ 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.

ASSEMBLÉE NATIONALE

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 319 | |
|----|-----|--|

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT N°

présenté par

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

Article additionnel après l'article ~~41~~ 41

Supprimer l'article 63 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à abroger la convergence tarifaire entre les unités de soins de longue durée publiques et privées.

PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

Amendement

Présenté par : Danielle Hoffman-Rispal, Marisol Touraine, Martine Carrillon-Couvreur, Laurence Dumont, Martine Pinville, Jean Mallot, Gisèle Biemouret, Michel Issindou, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Marie-Françoise Clergeau, Michel Liebgott, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL

~~41~~ 41

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

A l'article L 174-6 du code de la sécurité sociale, supprimer le 3^e alinéa.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer le dispositif de convergence tarifaire dans les unités de soins de longue durée (USLD).

Depuis le 1^{er} janvier 2010, les lits « USLD redéfinis » existants ont été confirmés dans leur vocation sanitaire, suite à l'opération de partition qui s'est étalée sur 3 exercices (2007, 2008 et 2009). La confirmation de cette orientation sanitaire s'est traduite par une allocation budgétaire plus favorable à celle retenue pour les lits « transformés » en lits EHPAD au cours de cette opération, allocation justifiée par l'accueil de personnes âgées très malades dans les lits d'USLD.

Or, la mise en œuvre du dispositif de convergence de manière strictement identique au dispositif applicable aux EHPAD soulève une incompréhension importante sur l'intérêt même du processus de partition. La convergence ne se justifie pas dans la mesure où les personnes âgées hospitalisées en USLD sont des personnes malades ne pouvant pas être hébergées en EHPAD.

Réduire les moyens des USLD conduira, d'une part, à licencier des personnels soignants et, d'autre part, compromettra les possibilités d'hospitalisation des patients dans les territoires. C'est alors toute la filière gériatrique qui se trouvera mise en cause.

Le développement des maladies chroniques, l'allongement de la durée de la vie nécessitent des réponses coordonnées et diversifiées. Les unités de soins de longue durée redéfinies, à condition d'être soutenues dans leur fonctionnement, constituent une part de la réponse aux besoins de soins les plus complexes au long cours.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS

91

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 42

Ajouter un IV ainsi rédigé :

IV. 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».

~~Le présent amendement vise à réintégrer dans l'objectif quantifié national pour les établissements de soins de suite et réadaptation ainsi que de psychiatrie 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.~~

EXPOSÉ 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, voire irréalistes.

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 qui résulte des autorisations de création ou de transformations délivrées par les agences régionales de santé.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2011

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

Article 42

I. Au troisième alinéa, substituer aux mots :

« du montant afférent »

le mot :

« afférente ».

II. Au huitième alinéa, supprimer les mots :

« correspondant à celles ».

III. Au neuvième alinéa, substituer aux mots :

« du montant afférent »

le mot :

« afférente ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision rédactionnelle

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

| | | |
|----|----|--|
| AS | 92 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 42

Ajouter un IV ainsi rédigé :

IV. A la fin du I de l'article 77 de la loi n°2006-1640 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 2011. »

EXPOSÉ 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 SÉCURITÉ SOCIALE
(N° 2854)

AMENDEMENT
de Rémi DELATTE

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 324 | |
|----|-----|--|

Article 42

se
Ajouter un § ainsi rédigé :

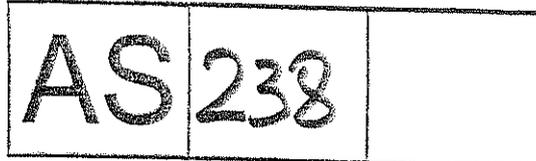
se
A la fin du I de l'article 77 de la loi n°2006-1640 du 19 décembre 2007, ajouter la phrase suivante :

« 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 2011. »

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 n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel

Après l'article ⁴² ~~41~~, insérer l'article suivant :

« L'article L 1111-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Nonobstant les dispositions de l'article L 4127-1, les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. Le site informatique de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est tenu de publier les mêmes informations. »

Exposé des motifs

Alors que les renoncements aux soins pour des raisons économiques sont en constante progression, il convient d'améliorer l'information des usagers sur les tarifs pratiqués par les professionnels de santé.

Etant donnée le rôle que joue internet dans la diffusion des informations, il convient de prévoir que le site Ameli de la CNAM, publie les honoraires et tarifs des professionnels exerçant dans un établissement de santé.

Cela permettrait par exemple au patient qui a peu de ressources financières ou qui n'a pas de mutuelle, de trouver plus facilement un praticien pratiquant des tarifs opposables.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

| | | |
|----|----|--|
| AS | 76 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

⁴²
Après l'article ~~■~~, insérer l'article suivant :

« A l'article L. 1432-2 ~~de la loi ■■■■~~ ^{du code de la santé publique}, après le 5ème alinéa, ajouter un alinéa ainsi rédigé :

« détermine la politique et le programme d'externalisation des services autres que les soins. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Parmi les missions assignées au Directeur, président du directoire des établissements publics de santé, il importe de lui assigner explicitement la détermination de la politique et du programme d'externalisation des services autres que les soins.

Les hôpitaux français tirent en effet insuffisamment parti des potentialités de cette externalisation. Ces prestations, éloignées du cœur de métier de l'hôpital (entretien, lingerie, restauration, gardiennage, maintenance technique et immobilière, logistique, ...) sont souvent gérées de manière non optimale en interne.

Force est de constater, par exemple, que les hôpitaux publics externalisent la restauration des patients à hauteur de seulement 10 % alors que ce taux approche les deux-tiers dans les cliniques privées. Or, à l'évidence, la restauration des patients est détachable de l'offre de soins.

L'externalisation permettrait de réaliser une économie de 10 à 15 % en moyenne sur le budget alloué par l'hôpital aux fonctions support, étant précisé que ce budget représente 30 % du budget total de l'hôpital. Au plan national, l'économie pourrait être de 1 à 2 Mds € par an (hors frais de transition).

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2011

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 328 | |
|----|-----|--|

Amendement présenté par Jean-Marie Rolland

Article additionnel *après 42*

Au 4ème alinéa de l'article L. 1433-1 du code la santé publique, ajouter une phrase ainsi rédigée :

" A partir de ces évaluations, le Conseil national de pilotage émet des recommandations aux agences régionales de santé. Elles sont établies en tenant compte des bonnes pratiques des agences régionales de santé."

Exposé sommaire

Le partage des bonnes pratiques est essentiel pour permettre qu'une ARS qui n'atteint pas les objectifs fixés par le Conseil national de pilotage des ARS puissent s'inspirer de celles qui ont réussi.

En matière de dialyse à domicile, la CNAMTS évalue à 155 millions d'euros par an le montant des économies réalisables si le taux des patients traités à domicile passait de 8 % (taux moyen national en 2009) à 25% (taux de la région Franche-Comté).

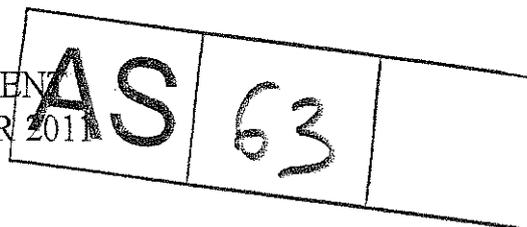
Aujourd'hui, il existe de fortes disparités territoriales en matière de développement de la dialyse à domicile (de 3% en Aquitaine à 25% en Franche-Comté).

Il appartient au Comité national de pilotage des ARS de proposer aux ARS des pistes à suivre pour, *in fine*, réaliser des économies budgétaires et permettre aux patients de bénéficier plus largement d'une technique de dialyse efficace qui améliore leurs conditions de vie.

Tel est l'objet du présent amendement.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

42

Après l'article 42, insérer l'article suivant :

A l'article L. 5126-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux sont membres d'un groupement de coopération sanitaire ou social et médico-social et disposent de plusieurs pharmacies à usage intérieur, le directeur général de l'agence régionale de santé peut les autoriser à desservir conjointement un site géographique d'implantation d'un établissement de santé, de chirurgie esthétique ou médico-social, ou d'un groupement de coopération sanitaire détenteur d'une autorisation d'activité de soins ou autorisés dans le cadre de l'expérimentation prévue à l'article L 6133-5 du code de la santé publique, dans la version antérieure à l'entrée en vigueur 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. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour vocation de permettre aux DG-ARS d'éviter les inconvénients de l'obligation de disposer d'une pharmacie à usage intérieur pour chaque établissement de santé (CSP R 5126-2), lorsque les établissements sont membres d'un groupement de coopération sanitaire ou social et médico-social.

En effet et sur le terrain, lorsque l'établissement de santé est issu du nouveau droit des GCS détenteurs d'autorisation d'activités de soins, et alors que chacun des membres peut conserver des activités de soins gérées en dehors du périmètre du GCS, avec la PUI correspondante « d'origine », il s'agit d'éviter de générer une dépense supplémentaire en constituant une troisième PUI pour la nouvelle entité générée. Cette précaution est d'autant plus nécessaire que la loi HPST sur les GCS détenteurs d'autorisation, conjuguée avec la mise en application des nouveaux textes relatifs au droit des autorisations, notamment en cancérologie, va multiplier les « micro-établissements de santé », établis pour gérer quelques dizaines d'interventions chirurgicales spécialisées (les « seuils »). Des GCS – établissements de santé se présentent ainsi comme des « tête d'épingle », pour reprendre un commentaire de la doctrine, des spécialistes de droit de la santé.

L'idéal de disposer d'une seule PUI pour plusieurs sites est évidemment à rechercher à terme, mais les difficultés qui se présentent pour accorder les systèmes d'information-patient et d'approvisionnement pharmaceutique, de même que les réalités pratiques de mise en place des coopérations, permettent très difficilement de viser d'emblée cette intégration sans générer dans un premier temps, qui ne peut être bref, des dépenses supplémentaires significatives. Or nombre de GCS constitués aujourd'hui et souvent subventionnés au démarrage, présentent une structure déficitaire sérieuse qui n'a fait l'objet d'aucune évaluation d'ensemble.

L'objet du présent amendement est de permettre au DG-ARS d'apprécier, *in concreto*, la possibilité de deux ou plusieurs partenaires d'un GCS ou d'un GCSMS de disposer de plusieurs PUI qui desservent conjointement un établissement de santé sur un même site géographique.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

| | | |
|----|----|--|
| AS | 89 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

42
Après l'article ~~42~~, insérer l'article suivant :

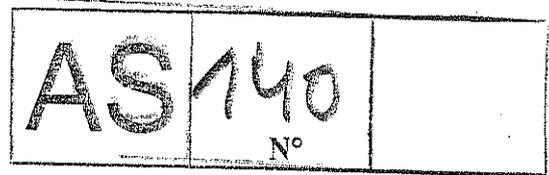
I- Après le 5^{ème} alinéa de l'article L.6112-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé:

« L'établissement de santé ou la personne chargée de tout ou partie des missions de service public définies à l'article L.6112-1 assure, pour l'ensemble de son activité, à chaque patient qu'il accueille ou qu'il est susceptible d'accueillir, sa prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale ou aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les patients accueillis par un établissement de santé ou une personne morale chargée d'une mission de service public se verront assurés de la garantie d'être pris en charge aux tarifs opposables des honoraires appliqués par les médecins au secteur 1 dans les filières de soins concernées par les missions de service public et, pour le reste de l'activité, aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel.

ART.



ASSEMBLÉE NATIONALE

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

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel après l'article ● 42

Après le 5^{ème} alinéa de l'article L.6112-3 du code de la santé publique, insérer un alinéa ainsi rédigé:

« L'établissement de santé ou la personne chargée de tout ou partie des missions de service public définies à l'article L.6112-1 assure, pour l'ensemble de son activité, à chaque patient qu'il accueille ou qu'il est susceptible d'accueillir, sa prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale ou aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel. »

Exposé des motifs :

Les patients accueillis par un établissement de santé ou une personne morale chargée d'une mission de service public se verront assurés de la garantie d'être pris en charge aux tarifs opposables des honoraires appliqués par les médecins au secteur 1 dans les filières de soins concernées par les missions de service public et, pour le reste de l'activité, aux tarifs des honoraires du secteur conventionnel à caractère optionnel.

| | | |
|----|----|--|
| AS | 16 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT PRESENTE PAR VALERIE ROSSO-DEBORD

Mise en place d'un dispositif prospectif et objectif permettant de mesurer l'évolution réelle des charges des établissements de santé

42

Après l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L.6113-12 du code de la santé publique, il est inséré un article L6113-13 ainsi rédigé :

« L'évolution des charges des établissements de santé publics et privés est mesurée par un indice santé hospitalier qui est publié par une institution publique et qui prend en compte l'ensemble des charges de personnel et des autres charges de l'établissement ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

Cet amendement issu de travaux menés par le député Elie About a reçu le soutien des trois fédérations hospitalières, FEHAP, FHF et FHP, ainsi que de la FNLCC. Il correspond à la préoccupation d'objectiver les évolutions de charges des établissements de santé, en tenant compte de la nature particulière des proportions occupées par les différentes natures de charges (salaires, charges sociales et fiscales, dépenses médicales, dépenses hôtelières et d'énergie). A l'heure actuelle, aucun indice des prix composite n'existe concernant les charges des établissements de santé publics et privés. Un consensus a pu être établi entre les Fédérations sur les justes proportions de leurs charges.

Naturellement, les tensions sur les finances sociales conduisent les pouvoirs publics à demander des efforts et des gains de productivité aux établissements de santé, et leurs évolutions tarifaires et budgétaires sont déconnectées de la réalité de l'évolution mécanique des charges telle que cet indice des prix hospitalier le mesurerait. Du coup, l'ampleur de l'effort réalisé n'est pas objectivée et mesurée pour les travaux du Ministère et du Parlement avec les organisations représentatives. Le présent amendement vise à réparer cette difficulté.

| | | |
|----|----|--|
| AS | 10 | |
|----|----|--|

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011**

**AMENDEMENT présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot
et Dominique Tian**

Article additionnel après l'article 42

Après l'article 42, insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 6113-7 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Les établissements publics hospitaliers mettent en place une comptabilité analytique, avant le 31 décembre 2011. Ils fournissent des éléments sur leurs coûts indirects de logistique, administratifs et médico-techniques afin d'alimenter une base de données commune. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement tend à accélérer le mouvement de modernisation de la gestion des hôpitaux et de maîtrise de leurs coûts. Il permet incidemment de faciliter leur contrôle. En effet, dans le cadre des travaux menés par la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur le fonctionnement de l'hôpital (rapport n° 2556 adopté par la commission des affaires sociales le 26 mai 2010) sont à nouveau apparues les insuffisances de la connaissance de nombre d'établissements hospitaliers sur leurs coûts. Faute d'une comptabilité analytique efficace, les acteurs de la gouvernance de l'hôpital n'ont qu'une perception lacunaire des coûts et ne dispose pas de l'outil stratégique de base qui peut permettre d'optimiser l'organisation et d'améliorer la qualité des soins.

Avec la mise en place de la tarification à l'activité, il est temps que cette question lancinante de la tenue d'une comptabilité analytique par tous les établissements hospitaliers soit enfin traitée. Or, l'obligation réglementaire en ce domaine n'est que très imparfaitement respectée.

En conséquence, il est souhaitable que le législateur affirme clairement sa volonté afin que tous les établissements hospitaliers mettent en place, avant la fin de l'année 2011, une comptabilité analytique digne de ce nom pour permettre d'avoir une connaissance précise et exhaustive des coûts de production dans tous les établissements hospitaliers.

Il est indispensable que cette exigence législative de saine gestion soit renforcée par une responsabilisation des directeurs d'hôpitaux. Certes le décret n° 2010-425 du 29 avril 2010 a prévu une transmission des résultats de la comptabilité analytique au conseil de surveillance mais encore faut-il qu'elle existe. Indéniablement, il faut aller plus loin. Le versement de leurs primes doit impérativement être lié à la mise en place de cette comptabilité analytique qui n'a que trop tardé.

L'amendement impose enfin aux établissements publics hospitaliers la fourniture de fiches de coûts indirects permettant d'alimenter la base d'Angers et donc de procéder aux comparaisons indispensables au progrès de leur gestion.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

| | | |
|----|----|--|
| AS | 77 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

^{u2}
Après l'article ■, insérer l'article suivant :

« A l'article L.6114-1 du code de la santé publique, insérer un nouveau paragraphe après le 4ème alinéa ainsi rédigé :

« Sur le fondement d'une évaluation préalable, comportant une analyse comparative des différentes options, notamment en termes de coût global hors taxes et de performance, ils présentent notamment leurs objectifs en matière d'externalisation des services autres que les soins. »

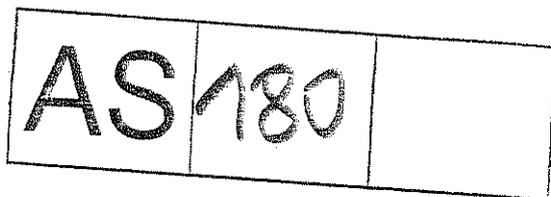
EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à préciser que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés pour cinq ans entre l'ARS et les établissements publics de santé, qui doivent décrire les transformations relatives à leur organisation et leur gestion, doivent également présenter leur stratégie en matière d'externalisation des services autres que les soins. A cette fin, ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens le SROS s'appuieront préalablement sur une analyse comparative des différentes options notamment en termes de coût global hors taxes et de performance.

Les hôpitaux français tirent en effet insuffisamment parti des potentialités de cette externalisation. Ces prestations, éloignées du cœur de métier de l'hôpital (entretien, lingerie, restauration, gardiennage, maintenance technique et immobilière, logistique, ...) sont souvent gérées de manière non optimale en interne.

Force est de constater, par exemple, que les hôpitaux publics externalisent la restauration des patients à hauteur de seulement 10 % alors que ce taux approche les deux-tiers dans les cliniques privées. Or, à l'évidence, la restauration des patients est détachable de l'offre de soins.

L'externalisation permettrait de réaliser une économie de 10 à 15 % en moyenne sur le budget alloué par l'hôpital aux fonctions support, étant précisé que ce budget représente 30 % du budget total de l'hôpital. Au plan national, l'économie pourrait être de 1 à 2 Mds € par an (hors frais de transition).



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2011

n°2854

Amendement présenté par Guy Lefrand ~~XXXXXXXXXX~~

Article additionnel après l'article ● 42

" A titre expérimental, et pour une durée de trois ans à compter du 1er janvier 2011, les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique intègrent des objectifs en matière de dialyse à domicile".

Si, à la fin de chacune des trois années d'expérimentation, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées".

Exposé sommaire

La dialyse à domicile est aujourd'hui sous-développée en France. Pourtant, elle constitue une source d'économie identifiée par l'assurance maladie (155 millions d'euros par an selon le rapport de la CNAMTS de juillet 2010) tout en améliorant la qualité de vies des patients.

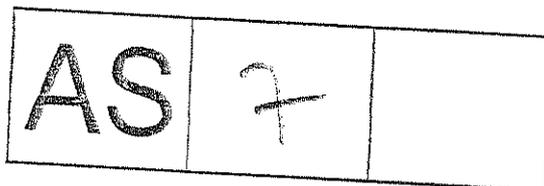
L'un des freins au développement de la dialyse à domicile tient au fait que les établissements de santé ne sont pas incités à le faire, en raison notamment de l'application de la T2A.

Dans le bulletin hebdomadaire de l'InVS du 9 mars 2010, il est souligné que la mise en place de la T2A a incité certains établissements à développer et à utiliser au maximum leurs ressources de traitement en dialyse médicalisée.

L'article L. 6114-1 du code la santé publique prévoit que l'ARS conclut avec chaque établissements de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) d'une durée maximale de 5 ans.

Ces contrats intègrent notamment des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, et d'évolution et d'amélioration des pratiques.

Afin de favoriser le développement de la dialyse à domicile, il est proposé d'expérimenter l'intégration d'objectifs de dialyse à domicile dans les CPOM. Pour inciter les établissements de santé à jouer le jeu, les économies réalisées leur seraient pour partie reversées.



PLFSS 2011

Amendement présenté par Valérie ROSSO-DEBORD

Régulation des volumes d'activité des établissements de santé par le suivi de la pertinence des actes

Article additionnel après l'article 42

Il est ajouté après le 5^{ème} alinéa de l'article L6114-2 du Code de la Santé Publique un alinéa rédigé comme suit :

« Les établissements de santé qui dépassent les objectifs quantifiés de l'offre de soins qui leur sont impartis, ainsi que l'ensemble des autres établissements qui le souhaitent, s'engagent pour une durée prévue au contrat dans une démarche permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des conditions d'hospitalisation aux besoins des patients au regard des critères de pertinence des soins ou d'hospitalisation fixés par la Haute Autorité de Santé. Ces établissements sont dispensés de l'application des dispositions de l'alinéa précédent relatives aux objectifs quantifiés de l'offre de soins et ne peuvent encourir les pénalités mentionnées. »

Exposé des motifs

Face à l'impératif de maîtrise des dépenses hospitalières, une régulation par les prix désormais au niveau national dans le contexte de la tarification à l'activité s'ajoute à une régulation par les volumes. Cette régulation repose depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 et ses textes d'application sur un dispositif dénommé « objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) » qui consiste à fixer à chaque établissement de santé dans chaque activité de soins qu'il exerce un minimum et un maximum de séjours ou d'actes à produire annuellement ou pluriannuellement.

Or, en dépit des intentions qui prévalaient lors de la publication de l'ordonnance de 2003, il s'avère aujourd'hui que le dispositif des OQOS, dont une des vertus principales devait être de corriger les éventuels effets pervers de la Tarification à l'Activité afin de garantir l'accès aux soins et de répartir de manière optimale l'offre en fonction des besoins, n'est pas à même de satisfaire à cette exigence voire la contredit.

Les pouvoirs publics et principalement les agences régionales de l'hospitalisation, qui ont eu à mettre en œuvre le dispositif des OQOS, reconnaissent aujourd'hui l'inefficacité d'un tel dispositif uniquement arithmétique, qui tout comme le système des indices de la carte sanitaire qui le précédait ne permet pas de réguler efficacement les volumes d'activité.

Le dépassement d'un objectif d'activité préalablement fixé ne saurait être opposé à un établissement que dans une seule hypothèse qui est celle de la réalisation d'actes inutiles ou injustifiés. C'est pourquoi, il est proposé qu'il puisse être dérogé au système des objectifs quantifiés en contrepartie de la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation de la pertinence des actes et des hospitalisations, de manière, soit impérative pour les établissements de santé qui dépassent les objectifs quantifiés de l'offre de soins, soit volontaire pour les autres établissements.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

| | | |
|----|----|--|
| AS | 88 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

42

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

I. Il est ajouté après le 5^{ème} alinéa de l'article L6114-2 du Code de la Santé Publique un alinéa rédigé comme suit :

« Les établissements de santé qui dépassent les objectifs quantifiés de l'offre de soins qui leur sont impartis, ainsi que l'ensemble des autres établissements qui le souhaitent, s'engagent pour une durée prévue au contrat dans une démarche permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des conditions d'hospitalisation aux besoins des patients au regard des critères de pertinence des soins ou d'hospitalisation fixés par la Haute Autorité de Santé. Ces établissements sont dispensés de l'application des dispositions de l'alinéa précédent relatives aux objectifs quantifiés de l'offre de soins et ne peuvent encourir les pénalités mentionnées. »

~~La portée de l'alinéa précédent est complétée à due concurrence par les dispositions de l'article L6114-2 du Code de la Santé Publique aux articles 575 et 575 A du Code de Santé Publique.~~

EXPOSÉ SOMMAIRE

Face à l'impératif de maîtrise des dépenses hospitalières, une régulation par les prix désormais au niveau national dans le contexte de la tarification à l'activité s'ajoute à une régulation par les volumes. Cette régulation repose depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 et ses textes d'application sur un dispositif dénommé « objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) » qui consiste à fixer à chaque établissement de santé dans chaque activité de soins qu'il exerce un minimum et un maximum de séjours ou d'actes à produire annuellement ou pluriannuellement.

Or, en dépit des intentions qui prévalaient lors de la publication de l'ordonnance de 2003, il s'avère aujourd'hui que le dispositif des OQOS, dont une des vertus principales devait être de corriger les éventuels effets pervers de la Tarification à l'Activité afin de garantir l'accès aux soins et de répartir de manière optimale l'offre en fonction des besoins, n'est pas à même de satisfaire à cette exigence voire la contredit.

Les pouvoirs publics et principalement les agences régionales de l'hospitalisation, qui ont eu à mettre en œuvre le dispositif des OQOS, reconnaissent aujourd'hui l'inefficacité d'un tel dispositif uniquement arithmétique, qui tout comme le système des indices de la carte sanitaire qui le précédait ne permet pas de réguler efficacement les volumes d'activité.

Le dépassement d'un objectif d'activité préalablement fixé ne saurait être opposé à un établissement que dans une seule hypothèse **qui est celle de la réalisation d'actes inutiles ou injustifiés**. C'est pourquoi, il est proposé qu'il puisse être dérogé au système des objectifs quantifiés en contrepartie de la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation de la pertinence des actes et des hospitalisations, de manière, soit impérative pour les établissements de santé qui dépassent les objectifs quantifiés de l'offre de soins, soit volontaire pour les autres établissements.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel

42
APRES L'ARTICLE ■, insérer l'article suivant :

A l'article L6114-2 du code de la santé publique, après le 7° alinéa, ajouter ces alinéas :

« Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou des titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 et des groupements de coopération sanitaire sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional d'organisation des soins défini aux articles L. 1434-7 et L. 1434-9 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-10.

Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.

Ils précisent leurs engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que leurs autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier, qui peuvent donner lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale.

Ils précisent les engagements pris par l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération.

Les contrats fixent, le cas échéant par avenant, les éléments relatifs aux missions de service public prévus au dernier alinéa de l'article L. 6112-2 ainsi que ceux relatifs à des missions de soins ou de santé publique spécifiques qui sont assignées à l'établissement de santé ou au titulaire de l'autorisation par l'agence régionale de santé. Ils fixent également les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre.

Les contrats sont signés ou révisés au plus tard six mois après la délivrance de l'autorisation ou l'attribution d'une mission de service public. A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de santé fixe les objectifs quantifiés et les pénalités prévues à l'article L. 6114-1 et les obligations relatives aux missions de service public qu'elle assigne ainsi que, le cas échéant, les modalités selon lesquelles est calculée leur compensation financière.

Lorsque les établissements publics de santé réalisent une activité supérieure aux engagements pris dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'appréciation portée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur cet excédent d'activité tient compte des nécessités liées à l'accomplissement des missions de service public et aux besoins d'accès de la population à des actes de chirurgie à tarifs opposable. »

EXPOSE DES MOTIFS.

Depuis 2002, les établissements publics de santé développent régulièrement leurs activités en médecine, chirurgie et obstétrique, afin de mieux répondre aux besoins de la population.

En premier lieu, il s'agit pour eux de répondre aux objectifs d'efficience et d'équilibre économique qui leurs sont fixés.

En second lieu, cela constitue le seul moyen d'accès pour les patients aux soins de chirurgie à tarif opposable partout sur le territoire national.

Il est donc proposé d'apprécier l'évolution de l'activité des établissements publics de santé, au regard des missions de service public qu'ils assurent, notamment en termes d'accès aux soins à tarifs opposables.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

42

Article additionnel



Après l'article 42, insérer l'article suivant :

« I.- Après l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6145-16-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6145-16-1.* - 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.

« Cette répartition est opérée sous la forme d'une réduction des cotisations sociales à la charge des personnels bénéficiaires.

« Le montant global des réductions de cotisations consenties à ce titre ne peut dépasser 10 % du montant total des rémunérations brutes. »

« II.- Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées par l'affectation du produit d'une taxe additionnelle aux droits sur les tabacs. »

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 et à valoriser les initiatives individuelles ou collectives permettant une certaine réactivité dans l'évolution des organisations.

En outre, la création des communautés hospitalières de territoire, prévues par la loi HPST, serait facilitée par des dispositions incitatives suscitant la mobilisation des personnels des établissements adhérents.

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 et, le cas échéant, au titre de réorganisations et de coopérations inter-hospitalières.

Compte tenu des contraintes inhérentes à l'exercice du droit d'amendement, cet intéressement prend ici la forme d'une réduction de cotisations sociales salariales, mais d'autres modalités pourraient bien entendu également être envisagées.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Jean Pierre Door

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 459 | |
|----|-----|--|

Article additionnel

42

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

« I.- Après l'article L. 6145-16 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6145-16-1 ainsi rédigé :

« « Art. L. 6145-16-1.- 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.

« « Cette répartition est opérée sous la forme d'une réduction des cotisations sociales à la charge des personnels bénéficiaires.

« « Le montant global des réductions de cotisations consenties à ce titre ne peut dépasser 10 % du montant total des rémunérations brutes. »

« II.- Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées par l'affectation du produit d'une taxe additionnelle aux droits sur les tabacs. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements publics de santé ne disposent pas actuellement de dispositifs d'intéressement financier des personnels, les encourageant à développer l'efficacité dans la prise en charge et 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'efficacité et de retour à l'équilibre économique, dans le cadre de leurs activités et, le cas échéant, au titre de réorganisations et de coopérations inter-hospitalières.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 375 | |
|----|-----|--|

42

Article additionnel

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6152-5-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6152-5-2.* – Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2013.

« Un arrêté du ministre chargé de la santé précise les modalités de ces expérimentations, les établissements qui en sont chargés ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et d'évaluation. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Plusieurs établissements publics de santé des départements d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer font face à de grandes difficultés de recrutement et de fidélisation des praticiens des hôpitaux. La présente mesure 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 du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2013.

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 six mois et d'exercer une autre activité en dehors de l'hôpital pendant les six autres mois de l'année.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

42

Article additionnel

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 381 | |
|----|-----|--|

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« L'article L. 6122-19 au code de la santé publique est ainsi rétabli :

« *Art. L. 6122-19.*— Un régime d'autorisation expérimentale est mis en place, à compter du 1^{er} janvier 2010, pour une durée de trois ans, sur la base du volontariat, de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés et faisant intervenir des équipes spécialisées. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le régime d'autorisation des appareils en imagerie est devenu un dispositif par exception, qui ne répond pas aux objectifs de régulation attendus. On constate en effet :

– une « sous-activité » pour certains équipements, faute de professionnels en nombre suffisant pour les faire fonctionner ;

– à l'inverse, pour certains examens, une « surutilisation » d'équipements coûteux et inadaptés. Dans son rapport 2010 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes met également en avant des inégalités persistantes d'équipements entre régions. Il y a ainsi une IRM pour 456 nouveaux cas de cancer en Île-de-France, contre une IRM pour 970 nouveaux cas dans les Pays de la Loire. À terme, ces phénomènes conjugués avec une baisse prévisionnelle des effectifs de professionnels (– 25 % d'après l'Observatoire national des professions de santé à horizon 2025) s'avèrent préoccupants. Ils illustrent la nécessité de chercher à modifier le régime d'autorisation, afin de mieux répondre aux objectifs sanitaires.

Selon la Cour des comptes, dans la mesure où « *il n'assure pas son rôle de régulation, l'objectif du régime des autorisations n'est plus de garantir l'égalité de soins mais de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé ; il se trouve finalement au service d'une politique de contingentement de l'accès aux soins pour les patients* ».

Le dispositif expérimental de plateformes communes d'imagerie aurait l'avantage d'instaurer une régulation « raisonnable », s'appuyant sur la volonté :

– de dépasser le clivage ville/hôpital en exploitant mieux leurs complémentarités ;

– d'optimiser l'utilisation des installations de manière à répondre aux besoins définis dans les différents plans de santé publique (plan cancer et prise en charge des AVC notamment). Il était déjà « en germe » dans la circulaire d'avril 2002 relative au développement de l'imagerie en coupe qui prévoyait de privilégier les demandes d'autorisation associant un nombre significatif de radiologues, tant hospitaliers que libéraux, dans le cadre d'une structure de coopération adaptée. Il s'agissait d'intégrer la contribution des différents partenaires à la continuité des soins.

Le dispositif envisagé répondrait aux préoccupations exprimées par les professionnels. Fondé sur un projet médical commun, le POSIM vise à assurer le fonctionnement d'un plateau d'imagerie complet et diversifié, de taille suffisante, mutualisé, tout en assurant la radiologie de proximité. Le dispositif permettrait également aux radiologues publics de bénéficier de rémunérations attrayantes, en fonction de leur activité, qui serait décomptée de leur temps hospitalier. Ceci contribuerait à leur fidélisation et au-delà, à l'attractivité des carrières hospitalières. Un cadre expérimental et un accompagnement spécifique s'avèrent nécessaires pour résoudre les difficultés auxquelles les coopérations actuellement mises en œuvre se heurtent, tant du fait des distorsions de tarification entre secteurs, que des différences de statuts des professionnels impliqués. Il est donc proposé d'organiser la mise en œuvre expérimentale de plateformes d'imagerie.

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 246 | |
|----|-----|--|

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL

42

APRES L'ARTICLE , insérer l'article suivant :

Ajouter un nouvel article L 6122-19 au code de la santé publique rédigé ainsi :

« Un régime d'autorisation expérimental sera mis en place, à compter de juin 2011 et pour une durée de 3 ans, par les ARS sur la base du volontariat de manière à constituer au sein des territoires de santé des plateaux d'imagerie complets, mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées ».

EXPOSE DES MOTIFS

Cet amendement vise à mettre en place un nouveau cadre d'expérimentation en matière d'imagerie.

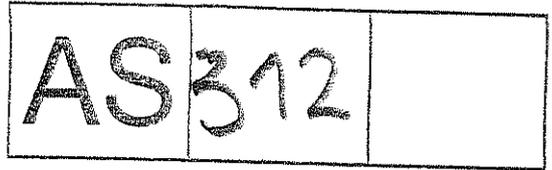
Actuellement, le régime d'autorisation par appareil en imagerie est devenu un dispositif par exception, qui ne répond pas aux objectifs de régulation attendus.

On constate à la fois une « sous activité » pour certains équipements, faute de professionnels en nombre suffisant pour les faire fonctionner ; ainsi que, pour certains examens, une « sur utilisation » d'équipements coûteux et inadaptés.

Dans son rapport de septembre 2010 sur la sécurité Sociale, la Cour des comptes met également en avant les inégalités persistantes d'équipements entre les régions. Il y a ainsi une IRM pour 456 nouveaux cas de cancer en Ile de France, contre une IRM pour 970 nouveaux cas dans les Pays de la Loire. A cela s'ajoute la baisse prévisionnelle des effectifs de professionnels (- 25 % d'après l'Observatoire National des Professions de Santé à horizon 2025).

Selon la Cour des comptes, dans la mesure où « il n'assure pas son rôle de régulation, l'objectif du régime des autorisations n'est plus de garantir l'égalité de soins mais de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé ; il se trouve finalement au service d'une politique de contingentement de l'accès aux soins pour les patients. »

Il est donc urgent de rechercher à modifier le régime d'autorisation, afin de mieux répondre aux objectifs sanitaires et donc d'organiser la mise en œuvre expérimentale de plateformes d'imagerie.



ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

Article additionnel après l'article 42

Ajouter un article L. 6122-19 au code de la santé publique ainsi rédigé :

« Article L. 6122-19 – Un régime d'autorisation expérimental peut être mis en place par les agences régionales de santé de manière à constituer au sein des territoires de santé et sur la base du volontariat des plateaux d'imagerie complets et mutualisés, faisant intervenir des équipes spécialisées ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise expérimenter un régime d'autorisation permettant de créer des plateaux d'imagerie mutualisés permettant d'optimiser l'utilisation des installations et aux radiologues publics de bénéficier de rémunérations attractives.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 379 | |
|----|-----|--|

42

Article additionnel

Après l'article 42, insérer l'article suivant :

« Au huitième alinéa de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique, les mots : « en tant que de besoin, les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements » sont remplacés par les mots : « librement les modalités de fixation des frais des actes, prestations et services acquittés par les établissements membres, ou associés, en contrepartie des missions assumées pour leur compte par tout ou partie d'entre eux ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les communautés hospitalières de territoire (CHT) constituent le niveau privilégié de coopération entre établissements publics de santé et, le cas échéant, établissement médico-social, en tant que membres associés.

L'objectif est de mutualiser les compétences existantes, au bénéfice des partenaires, dans le sens de la meilleure efficacité. Il est primordial de faciliter ces coopérations, en permettant aux établissements membres de déterminer librement les modalités financières selon lesquelles ils souhaitent travailler ensemble, notamment en matière de fournitures d'actes et de prestations de services : dans le champ de la biologie, de l'imagerie, de la kinésithérapie par exemple. De surcroît, les établissements médico-sociaux ne doivent pas être pénalisés, en raison de leur statut de membre associé.

Il est donc proposé de déterminer librement au sein d'une CHT les conditions économiques des actes, prestations et services assurés entre les membres pour leur propre compte, en vue d'encourager ce mode de coopération.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

42

Article additionnel

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 385 | |
|----|-----|--|

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« Le code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° L'article L. 6133-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« « Une ou plusieurs autorisations d'activité de soins peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres dans les conditions définies par la convention constitutive. Quel que soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire de moyens, d'une autorisation d'activité de soins ou d'exploitation d'un équipement matériel lourd, le membre du groupement titulaire de cette autorisation sanitaire demeure seul responsable de son exploitation. »

« 2° Le premier alinéa de l'article L. 6133-7 est ainsi rédigé :

« « Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins et qu'il n'est composé que de membres ayant soit la qualité de personnes morales de droit public, soit celle de personnes morales de droit privé, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit privé ne comporte pour membres que des personnes de droit privé, il est érigé en établissement de santé privé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit public ne comporte pour membres que des personnes morales de droit public, il est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est titulaire d'une ou plusieurs autorisation d'activité de soins et qu'il est composé de personnes de droit public et de personnes de droit privé, il n'est pas érigé en établissement de santé mais il est tenu de respecter l'ensemble des droits et obligations afférents aux établissements de santé. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les groupements de coopération sanitaire (GCS) ont été institués en avril 1996 afin de favoriser et de développer les coopérations inter-hospitalières public-privé. Avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, il s'est agi de la septième réforme du dispositif législatif, sans véritablement qu'ait été présentée au Parlement une évaluation véritable des GCS existants, et notamment des quelques rares d'entre eux détenteurs d'autorisation.

En définitive, on observe aujourd'hui un complet blocage des coopérations public-privé sous la forme de GCS. Ce blocage est très dommageable pour les efforts nécessaires de rationalisation de l'offre de soins et les complémentarités nécessaires entre établissements de santé publics et privés, mais aussi avec les médecins libéraux.

Ces blocages s'expliquent par le fait que la loi HPST a établi deux catégories de groupements de coopération sanitaire avec les GCS dits de moyens (articles L. 6133-1 et suivants du code de la santé publique) et les GCS ayant la qualité d'établissements de santé (article L. 6133-7 du code de la santé publique). Dans les deux cas, ont été méconnues des

réalités de terrain qui doivent pourtant être privilégiées dans la construction de systèmes juridiques pour qu'ils soient opérants.

Les GCS de moyens constituent des instruments de coopération qui favorisent la mutualisation et la mise en commun de toutes les ressources et moyens qui permettent notamment l'exercice d'une activité de soins sans pour autant que les membres du groupement se dessaisissent des autorisations sanitaires dont ils sont titulaires. Pourtant, plusieurs agences régionales de l'hospitalisation se sont opposés, avant la constitution des agences régionales de santé, à la constitution de GCS de moyens ayant pour objet de mutualiser des moyens techniques, médico-techniques et humains destinés à permettre l'exercice d'une activité de soins pour laquelle l'un de ses membres était autorisé. Afin, de clarifier l'état du droit des coopérations sanitaires et d'éviter des interprétations divergentes des dispositions législatives relatives aux GCS de moyens, il conviendrait de prévoir expressément qu'un GCS de moyens peut être constitué pour favoriser l'exercice d'une ou plusieurs activités de soins relevant du régime d'autorisation sanitaire, ce GCS constituant alors le cadre juridique d'exercice de l'activité de soins. Bien entendu, le titulaire de la ou des autorisations sanitaires d'activités de soins exploitées dans le cadre de ce GCS de moyens demeure pleinement responsable de l'exploitation de sa ou de ses autorisations. Ainsi sans remettre en cause l'esprit de la loi HPST) cet amendement permettrait de rétablir la possibilité initialement prévue par les textes d'exploitation par les membres du GCS d'une autorisation détenue par un de ses membres (GCS de moyens portant sur l'exercice en commun d'une activité de soins ou l'exploitation partagée d'un équipement matériel lourd). Cette explicitation traduirait la lettre et l'esprit des débats parlementaires lors de l'examen du projet de loi HPST. Cette solution alternative permettrait de garantir la pérennité des GCS déjà créés qui fonctionnent actuellement et qui constituent une démarche exemplaire de coopération public/privé au service de l'intérêt des patients.

Par ailleurs le GCS ayant la qualité d'établissement de santé n'est pas un instrument de coopération mais un mode de création d'un établissement de santé nouveau et spécialisé (éventuellement né de la scission d'activités de soins initialement assurées par un ou plusieurs de ces membres). Or, parce qu'il a nécessairement la qualité soit d'établissement public de santé soit d'établissement de santé privé, il ne favorise pas les coopérations mixtes public/privé. En effet, son érection en établissement public ou en établissement privé conduit nécessairement à une nationalisation ou à une privatisation de l'activité de soins d'un ou plusieurs de ses membres. La soumission des GCS – établissements publics de santé aux règles de droit commun de la gouvernance hospitalière publique conduit à exclusion de fait et en droit le ou les membres ayant la qualité de personnes privées de la direction et de l'administration de cet établissement public de santé. Il conviendrait donc, pour garantir le succès de cet outil de coopération sanitaire, d'exclure la qualification d'établissement de santé pour les GCS titulaires d'autorisations sanitaires constitués entre partenaires publics et privés. À défaut de cette précision, la situation actuelle de blocage des projets de coopération depuis la loi HPST perdurerait, y compris pour les GCS de moyens « de base ». En effet, ces derniers peuvent faire l'objet unilatéralement de l'imposition d'une localisation juridique d'une autorisation d'activité de soins au niveau d'un GCS dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (et demain dans le cadre du projet régional de santé). Ces schémas et projets déterminent les implantations autorisées et peuvent conditionner une autorisation à sa détention au niveau du GCS constitué avec un partenaire ayant la qualité d'établissement publics de santé, ce qui les fait alors devenir automatiquement des établissements de santé : D'où la retenue actuelle de l'ensemble des acteurs hospitaliers publics et privés comme des médecins libéraux. Cette situation est très dommageable également pour les cinq sites actuels engagés dans des GCS expérimentaux conclus avant la loi HPST, et qui se demandent leur devenir au terme de l'expérimentation. Bien entendu, cette exclusion de la qualification d'établissement de santé pour les GCS mixtes public-privé impliquerait néanmoins que ces GCS, sans avoir la qualité d'établissement de santé, soient néanmoins explicitement soumis à l'ensemble des droits et obligations afférents à cette catégorie d'établissements.



AMENDEMENT PRESENTE PAR VALERIE ROSSO-DEBORD

Amendement de simplification du régime juridique de la coopération entre établissements de santé, pour rétablir une dynamique d'efficacité dans le cadre de coopérations hospitalières public-privé stoppée depuis la loi HPST

Proposé conjointement par la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP) et la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

42

Après l'article , il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

I - L'article L. 6133-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Une ou plusieurs autorisations d'activité de soins peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres dans les conditions définies par la convention constitutive. Quelque soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire de moyens, d'une autorisation d'activité de soins ou d'exploitation d'un équipement matériel lourd, le membre du groupement titulaire de cette autorisation sanitaire demeure seul responsable de son exploitation ».

II – Le premier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins et qu'il n'est composé que de membres ayant soit la qualité de personnes morales de droit public, soit celle de personnes morales de droit privé, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit privé ne comporte pour membres que des personnes de droit privé, il est érigé en établissement de santé privé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit public ne comporte pour membres que des personnes morales de droit public, il est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est titulaire d'une ou plusieurs autorisation d'activité de soins et qu'il est composé de personnes de droit public et de personnes de droit privé, il n'est pas érigé en établissement de santé mais il est tenu de respecter l'ensemble des droits et obligations afférents aux établissements de santé ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les Groupements de coopération sanitaire (GCS) ont été institués en avril 1996 afin de favoriser et de développer les coopérations inter-hospitalières public/privé. Avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, il s'est agi de la septième réforme du dispositif législatif, sans véritablement qu'ait été présentée au Parlement une évaluation véritable des GCS existants, et notamment des quelques rares d'entre eux détenteurs d'autorisation.

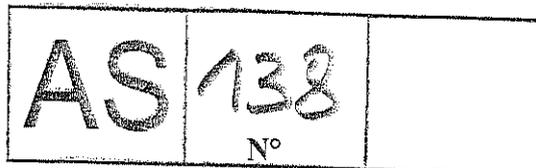
En définitive, on observe aujourd'hui un complet blocage des coopérations public-privé sous la forme de GCS, confirmant ainsi les réticences et désaccords exprimés successivement par les commissions des affaires sociales de l'Assemblée Nationale et du Sénat. Ce blocage est très dommageable pour les efforts nécessaires de rationalisation de l'offre de soins et les complémentarités nécessaires entre établissements de santé publics et privés, mais aussi avec les médecins libéraux.

La raison de ces blocages ? La loi HPST a établi deux catégories de groupements de coopération sanitaire avec les GCS dits de moyens (C. santé publ., art. L. 6133-1 et suivants) et les GCS ayant la qualité d'établissements de santé (C. santé publ., art. L. 6133-7). Dans les deux cas, confère ci-après, ont été méconnues des réalités de terrain qui doivent pourtant être privilégiées dans la construction de systèmes juridiques pour qu'ils soient opérants.

Les GCS de moyens constituent des instruments de coopération qui favorisent la mutualisation et la mise en commun de toutes les ressources et moyens qui permettent notamment l'exercice d'une activité de soins sans pour autant que les membres du groupement se dessaisissent des autorisations sanitaires dont ils sont titulaires. Pourtant, plusieurs agences régionales de l'hospitalisation se sont opposés, avant la constitution des agences régionales de santé, à la constitution de GCS de moyens ayant pour objet de mutualiser des moyens techniques, médico-techniques et humains destinés à permettre l'exercice d'une activité de soins pour laquelle l'un de ses membres était autorisé. Afin de clarifier l'état du droit des coopérations sanitaires et d'éviter des interprétations divergentes des dispositions législatives relatives aux GCS de moyens, il conviendrait de prévoir expressément qu'un GCS de moyens peut être constitué pour favoriser l'exercice d'une ou plusieurs activités de soins relevant du régime d'autorisation sanitaire, ce GCS constituant alors le cadre juridique d'exercice de l'activité de soins. Bien entendu, le titulaire de la ou des autorisations sanitaires d'activités de soins exploitées dans le cadre de ce GCS de moyens demeure pleinement responsable de l'exploitation de sa ou de ses autorisations. Ainsi sans remettre en cause l'esprit de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), cet amendement permettrait de rétablir la possibilité initialement prévue par les textes d'exploitation par les membres du GCS d'une autorisation détenue par un de ses membres (GCS de moyens portant sur l'exercice en commun d'une activité de soins ou l'exploitation partagée d'un équipement matériel lourd). Cette explicitation traduirait la lettre et l'esprit des débats parlementaires lors de l'examen du projet de loi HPST. Cette solution alternative permettrait de garantir la pérennité des GCS déjà créés qui fonctionnent actuellement et qui constituent une démarche exemplaire de coopération public/privé au service de l'intérêt des patients.

Par ailleurs le GCS ayant la qualité d'établissement de santé n'est pas un instrument de coopération mais un mode de création d'un établissement de santé nouveau et spécialisé (éventuellement né de la scission d'activités de soins initialement assurées par un ou plusieurs de ces membres). Or, parce qu'il a nécessairement la qualité soit d'établissement public de santé soit d'établissement de santé privé, il ne favorise pas les coopérations mixtes public/privé. En effet, son érection en établissement public ou en établissement privé conduit nécessairement à une nationalisation ou à une privatisation de l'activité de soins d'un ou plusieurs de ses membres. Par ailleurs, la soumission des GCS – établissements publics de santé aux règles de droit commun de la gouvernance hospitalière publique conduit à exclure de fait et en droit le ou les membres ayant la qualité de personnes privées de la direction et de l'administration de cet établissement public de santé. Il conviendrait donc, pour garantir le succès de cet outil de coopération sanitaire, d'exclure la qualification d'établissement de santé pour les GCS titulaires d'autorisations sanitaires constitués entre partenaires publics et privés. A défaut de cette précision, la situation actuelle de blocage des projets de coopération depuis la loi HPST perdurerait, y compris pour les GCS de moyens « de base ». En effet, ces derniers peuvent faire l'objet unilatéralement de l'imposition d'une localisation juridique d'une autorisation d'activité de soins au niveau d'un GCS dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (et demain dans le cadre du projet régional de santé). Ces schémas et projets déterminent les implantations autorisées et peuvent conditionner une autorisation à sa détention au niveau du GCS constitué avec un partenaire ayant la qualité d'établissement publics de santé, ce qui les fait alors devenir automatiquement des établissements de santé : D'où la retenue actuelle de l'ensemble des acteurs hospitaliers publics et privés comme des médecins libéraux. Cette situation est très dommageable également pour les 5 sites actuels engagés dans des GCS expérimentaux concus avant la loi HPST, et qui se demandent leur devenir au terme de l'expérimentation. Bien entendu, cette exclusion de la qualification d'établissement de santé pour les GCS mixtes public-privé impliquerait néanmoins que ces GCS, sans avoir la qualité d'établissement de santé, soient néanmoins explicitement soumis à l'ensemble des droits et obligations afférents à cette catégorie d'établissements.

ART.



ASSEMBLÉE NATIONALE

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

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel après l'article ● 42

I - L'article L. 6133-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Une ou plusieurs autorisations d'activité de soins peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres dans les conditions définies par la convention constitutive. Quelque soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire de moyens, d'une autorisation d'activité de soins ou d'exploitation d'un équipement matériel lourd, le membre du groupement titulaire de cette autorisation sanitaire demeure seul responsable de son exploitation».

II - Le premier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins et qu'il n'est composé que de membres ayant soit la qualité de personnes morales de droit public, soit celle de personnes morales de droit privé, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit privé ne comporte pour membres que des personnes de droit privé, il est érigé en établissement de santé privé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit public ne comporte pour membres que des personnes morales de droit public, il est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est titulaire d'une ou plusieurs autorisation d'activité de soins et qu'il est composé de personnes de droit public et de personnes de droit privé, il n'est pas érigé en établissement de santé mais il est tenu de respecter l'ensemble des droits et obligations afférents aux établissements de santé ».

Exposé des motifs :

Le schéma d'organisation sanitaire défini à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique fixe, par territoire de santé, les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, les créations et suppressions d'activités de soins, les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements.

L'article L. 6122-7 du code de la santé publique donne au directeur de l'agence régionale de santé la possibilité de subordonner toute autorisation à la mise en œuvre de mesures de coopération, notamment par le biais des groupements de coopération sanitaire (GCS), dans l'objectif d'accroître l'efficacité de l'offre de soins et d'optimiser les coûts.

A cet égard, dans un esprit de clarification et de simplification, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a réduit à deux le nombre de catégories de groupements de coopération sanitaire avec les GCS dits de moyens (C.

santé publ., art. L. 6133-1 et suivants) et les GCS ayant la qualité d'établissements de santé (C. santé publ., art. L. 6133-7).

Les GCS de moyens constituent des instruments de coopération qui favorisent la mutualisation et la mise en commun de toutes les ressources et moyens qui permettent notamment l'exercice d'une activité de soins sans pour autant que les membres du groupement se dessaisissent des autorisations sanitaires dont ils sont titulaires. Pourtant, plusieurs agences régionales de l'hospitalisation se sont opposés, avant la constitution des agences régionales de santé, à la constitution de GCS de moyens ayant pour objet de mutualiser des moyens techniques, médico-techniques et humains destinés à permettre l'exercice d'une activité de soins pour laquelle l'un de ses membres était autorisé.

Afin, de clarifier l'état du droit des coopérations sanitaires et d'éviter des interprétations divergentes des dispositions législatives relatives aux GCS de moyens, il conviendrait de prévoir expressément qu'un GCS de moyens peut être constitué pour favoriser l'exercice d'une ou plusieurs activités de soins relevant du régime d'autorisation sanitaire, ce GCS constituant alors le cadre juridique d'exercice de l'activité de soins. Bien entendu, le titulaire de la ou des autorisations sanitaires d'activités de soins exploitées dans le cadre de ce GCS de moyens demeure pleinement responsable de l'exploitation de sa ou de ses autorisations. Ainsi sans remettre en cause l'esprit de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), cet amendement permettrait de rétablir la possibilité initialement prévue par les textes d'exploitation par les membres du GCS d'une autorisation détenue par un de ses membres (GCS de moyens portant sur l'exercice en commun d'une activité de soins ou l'exploitation partagée d'un équipement matériel lourd). Cette explicitation traduirait la lettre et l'esprit des débats parlementaires lors de l'examen du projet de loi HPST. Cette solution alternative permettrait de garantir la pérennité des GCS déjà créés qui fonctionnent actuellement et qui constituent une démarche exemplaire de coopération public/privé au service de l'intérêt des patients.

Par ailleurs le GCS ayant la qualité d'établissement de santé n'est pas un instrument de coopération mais un mode de création d'un établissement de santé nouveau et spécialisé (éventuellement né de la scission d'activités de soins initialement assurées par un ou plusieurs de ces membres). Or, parce qu'il a nécessairement la qualité soit d'établissement public de santé soit d'établissement de santé privé, il ne favorise pas les coopérations mixtes public/privé. En effet, son érection en établissement public ou en établissement privé conduit nécessairement à une nationalisation ou à une privatisation de l'activité de soins d'un ou plusieurs de ses membres. Par ailleurs, la soumission des GCS – établissements publics de santé aux règles de droit commun de la gouvernance hospitalière publique conduit à exclusion de fait et en droit le ou les membres ayant la qualité de personnes privées de la direction et de l'administration de cet établissement public de santé. Il conviendrait donc, pour garantir le succès de cet outil de coopération sanitaire, d'exclure la qualification d'établissement de santé pour les GCS titulaires d'autorisations sanitaires constitués entre partenaires publics et privés. A défaut de cette précision, la situation actuelle de blocage des projets de coopération depuis la loi HPST perdurerait, y compris pour les GCS de moyens « de base ». En effet, ces derniers peuvent faire l'objet unilatéralement d'un transfert d'autorisation et devenir alors des établissements de santé, d'où la retenue actuelle de l'ensemble des acteurs hospitaliers publics et privés comme des médecins libéraux. Bien entendu, cette exclusion de la qualification d'établissement de santé pour les GCS mixtes public-privé impliquerait néanmoins que ces GCS, sans avoir la qualité d'établissement de santé, soient néanmoins explicitement soumis à l'ensemble des droits et obligations afférents à cette catégorie d'établissements.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS 83

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

42

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

I - L'article L. 6133-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Une ou plusieurs autorisations d'activité de soins peuvent être exploitées, dans le cadre du groupement, par ses membres dans les conditions définies par la convention constitutive. Quelque soit le mode d'exploitation, au sein du groupement de coopération sanitaire de moyens, d'une autorisation d'activité de soins ou d'exploitation d'un équipement matériel lourd, le membre du groupement titulaire de cette autorisation sanitaire demeure seul responsable de son exploitation ».

II – Le premier alinéa de l'article L. 6133-7 du code de la santé publique est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activité de soins et qu'il n'est composé que de membres ayant soit la qualité de personnes morales de droit public, soit celle de personnes morales de droit privé, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit privé ne comporte pour membres que des personnes de droit privé, il est érigé en établissement de santé privé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire de droit public ne comporte pour membres que des personnes morales de droit public, il est érigé en établissement public de santé, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé. Lorsque le groupement de coopération sanitaire est titulaire d'une ou plusieurs autorisation d'activité de soins et qu'il est composé de personnes de droit public et de personnes de droit privé, il n'est pas érigé en établissement de santé mais il est tenu de respecter l'ensemble des droits et obligations afférents aux établissements de santé ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le schéma d'organisation sanitaire défini à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique fixe, par territoire de santé, les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, les créations et suppressions d'activités de soins, les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements.

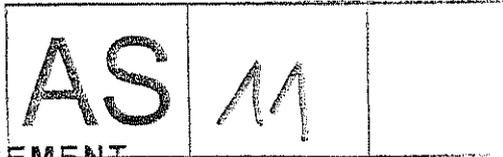
L'article L. 6122-7 du code de la santé publique donne au directeur de l'agence régionale de santé la possibilité de subordonner toute autorisation à la mise en œuvre de mesures de coopération, notamment par le biais des groupements de coopération sanitaire (GCS), dans l'objectif d'accroître l'efficacité de l'offre de soins et d'optimiser les coûts.

A cet égard, dans un esprit de clarification et de simplification, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a réduit à deux le nombre de catégories de groupements de coopération sanitaire avec les GCS dits de moyens (C. santé publ., art. L. 6133-1 et suivants) et les GCS ayant la qualité d'établissements de santé (C. santé publ., art. L. 6133-7).

Les GCS de moyens constituent des instruments de coopération qui favorisent la mutualisation et la mise en commun de toutes les ressources et moyens qui permettent notamment l'exercice d'une activité de soins sans pour autant que les membres du groupement se dessaisissent des autorisations sanitaires dont ils sont titulaires. Pourtant, plusieurs agences régionales de l'hospitalisation se sont opposés, avant la constitution des agences régionales de santé, à la constitution de GCS de moyens ayant pour objet de mutualiser des moyens techniques, médico-techniques et humains destinés à permettre l'exercice d'une activité de soins pour laquelle l'un de ses membres était autorisé.

Afin, de clarifier l'état du droit des coopérations sanitaires et d'éviter des interprétations divergentes des dispositions législatives relatives aux GCS de moyens, il conviendrait de prévoir expressément qu'un GCS de moyens peut être constitué pour favoriser l'exercice d'une ou plusieurs activités de soins relevant du régime d'autorisation sanitaire, ce GCS constituant alors le cadre juridique d'exercice de l'activité de soins. Bien entendu, le titulaire de la ou des autorisations sanitaires d'activités de soins exploitées dans le cadre de ce GCS de moyens demeure pleinement responsable de l'exploitation de sa ou de ses autorisations. Ainsi sans remettre en cause l'esprit de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), cet amendement permettrait de rétablir la possibilité initialement prévue par les textes d'exploitation par les membres du GCS d'une autorisation détenue par un de ses membres (GCS de moyens portant sur l'exercice en commun d'une activité de soins ou l'exploitation partagée d'un équipement matériel lourd). Cette explicitation traduirait la lettre et l'esprit des débats parlementaires lors de l'examen du projet de loi HPST. Cette solution alternative permettrait de garantir la pérennité des GCS déjà créés qui fonctionnent actuellement et qui constituent une démarche exemplaire de coopération public/privé au service de l'intérêt des patients.

Par ailleurs, le GCS ayant la qualité d'établissement de santé n'est pas un instrument de coopération mais un mode de création d'un établissement de santé nouveau et spécialisé (éventuellement né de la scission d'activités de soins initialement assurées par un ou plusieurs de ces membres). Or, parce qu'il a nécessairement la qualité soit d'établissement public de santé soit d'établissement de santé privé, il ne favorise pas les coopérations mixtes public/privé. En effet, son érection en établissement public ou en établissement privé conduit nécessairement à une nationalisation ou à une privatisation de l'activité de soins d'un ou plusieurs de ses membres. Par ailleurs, la soumission des GCS – établissements publics de santé aux règles de droit commun de la gouvernance hospitalière publique conduit à exclusion de fait et en droit le ou les membres ayant la qualité de personnes privées de la direction et de l'administration de cet établissement public de santé. Il conviendrait donc, pour garantir le succès de cet outil de coopération sanitaire, d'exclure la qualification d'établissement de santé pour les GCS titulaires d'autorisations sanitaires constitués entre partenaires publics et privés. A défaut de cette précision, la situation actuelle de blocage des projets de coopération depuis la loi HPST perdurerait, y compris pour les GCS de moyens « de base ». En effet, ces derniers peuvent faire l'objet unilatéralement d'un transfert d'autorisation et devenir alors des établissements de santé, d'où la retenue actuelle de l'ensemble des acteurs hospitaliers publics et privés comme des médecins libéraux. Bien entendu, cette exclusion de la qualification d'établissement de santé pour les GCS mixtes public-privé impliquerait néanmoins que ces GCS, sans avoir la qualité d'établissement de santé, soient néanmoins explicitement soumis à l'ensemble des droits et obligations afférents à cette catégorie d'établissements.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot
et Dominique Tian

Article additionnel après l'article 42

42

Après l'article 42, insérer l'article suivant :

« Dans le code de la santé publique, il est rétabli un article L. 6145-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 6145-6. – La passation des marchés de fournitures et des marchés de services des établissements publics de santé dépassant des seuils fixés par décret en Conseil d'État s'effectue par l'intermédiaire d'un groupement de commandes ou d'une centrale d'achat, au sens des articles 8 et 9 du code des marchés publics. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à traduire une des préconisations du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur le fonctionnement de l'hôpital, rendu public au mois de mai 2010.

Il a pour objectif de professionnaliser la fonction achats dans les établissements publics de santé et de rendre obligatoire le recours aux groupements d'achats hospitaliers ou aux centrales d'achats hospitaliers.

| | | |
|----|----|--|
| AS | 12 | |
|----|----|--|

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot
et Dominique Tian

Article additionnel après l'article 42

Après l'article 42, insérer l'article suivant :

« Au premier alinéa de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, après les mots : « , sous réserve », sont insérés les mots : « du respect des bonnes pratiques organisationnelles définies par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et ». »

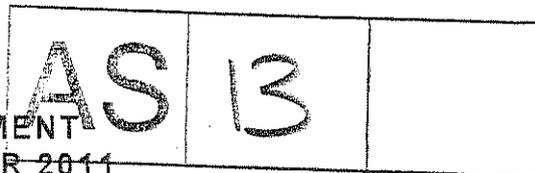
EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à traduire une des préconisations du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur le fonctionnement de l'hôpital, rendu public au mois de mai 2010.

Il a pour objectif de rendre applicable dans les établissements hospitaliers les bonnes pratiques d'organisation hospitalière élaborées par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité médico-économique des établissements publics de santé. L'article L. 6146-1 affirmerait ainsi le principe de la liberté de gestion des établissements, sous réserve du respect des bonnes pratiques organisationnelles définies par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Par exemple, l'application des bonnes pratiques d'organisation en matière de gestion des lits peut contribuer à améliorer les soins et pourrait permettre de gagner, au minimum, 10 % des journées de séjour.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011



AMENDEMENT présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot
et Dominique Tian

Article additionnel après l'article 42

Après l'article 42, insérer l'article suivant :

I.- Avant l'article L. 6148-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6148-1-A ainsi rédigé :

« Art. L. 6148-1-A. – Tout établissement public de santé établit chaque année un bilan patrimonial. »

II.- Le Gouvernement remet au Parlement, chaque année avant le mois d'octobre, un rapport de synthèse sur les bilans patrimoniaux des établissements publics hospitaliers, leurs acquisitions immobilières de plus de 0,5 million d'euros hors taxes et leurs prises à bail dont le loyer est supérieur à un million d'euros hors taxes dans la région d'Île-de-France et à 0,5 million d'euros hors taxes dans les autres régions.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à traduire une des préconisations du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur le fonctionnement de l'hôpital, rendu public au mois de mai 2010.

Il a pour objectif d'instaurer l'obligation pour les établissements de santé d'établir un bilan patrimonial annuel précis et réévalué chaque année, la disposition réglementaire concernant ce sujet étant mal appliquée.

À l'instar de la politique mise en œuvre par l'État pour son patrimoine immobilier, il s'agit d'améliorer l'information des établissements hospitaliers sur leur propre patrimoine afin d'en améliorer la gestion.

Mais les bilans patrimoniaux doivent aussi servir au Gouvernement et au Parlement qui déterminent, en définitive, les moyens de fonctionnement de l'hôpital. C'est pourquoi l'amendement prévoit le dépôt d'un rapport au Parlement. Il est indispensable que celui-ci soit autant éclairé sur le patrimoine hospitalier que sur celui de l'État qui fait l'objet d'un compte d'affectation spéciale, et dans les mêmes conditions. Il serait même hautement souhaitable que les recensements des parcs immobiliers soient établis, sous peine de diminution des moyens de fonctionnement des hôpitaux et de la part variable de la rémunération de leurs dirigeants.

ART.

| | | |
|----|-----------|--|
| AS | 152 N° | |
|----|-----------|--|

ASSEMBLÉE NATIONALE

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

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel après l'article ● 42

Au code de la santé publique

Insérer l'article suivant :

« Art. L. 6161-4-1. – Afin de remédier à une difficulté d'accès aux soins constatée par l'Agence Régionale de Santé, un établissement de santé ou un titulaire d'autorisation peut être assujéti, par son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1, à garantir, pour certaines disciplines ou spécialités et dans une limite fixée par décret, une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires, en dehors de ceux délivrés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et des situations d'urgence. L'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation modifie le cas échéant les contrats conclus pour l'exercice d'une profession médicale mentionnés au premier et deuxième alinéa de l'article L. 4113-9. Le refus par le praticien de réviser son contrat en constitue un motif de rupture sans faute. »

Exposé des motifs :

Dans certains territoires, il existe une offre de soins à tarif opposable trop limitée. Le présent amendement vise à donner au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé des outils permettant de garantir à la population la possibilité d'un accès à des soins respectant le tarif opposable, au moins pour les soins les plus lourds et coûteux, qui sont délivrés en établissements.

PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel

42

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

A l'article L.162-1-7 à la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa, ajouter les mots suivants : « et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

EXPOSE DES MOTIFS

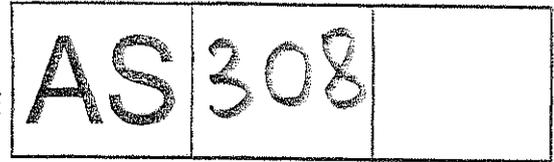
La loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l'UNCAM le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux. Les fédérations hospitalières ne sont ni consultées, ni parfois même informées des discussions engagées dans ce cadre.

Pourtant, le secteur hospitalier est véritablement concerné, dans la mesure où ces discussions ont un impact dans la construction du PMSI et sa valorisation dans la T2A qui repose sur la CCAM (classification commune des actes médicaux) technique.

En outre, la valorisation des actes médicaux a des conséquences directes sur les choix d'exercices des médecins entre une pratique dans le secteur libéral et une pratique à l'hôpital public. Ceci est d'autant plus vrai que le Loi HPST du 21 juillet 2009 permet aux médecins libéraux d'être employés dans les établissements publics de santé.

Il est donc proposé que les mesures conventionnelles, qui ont des répercussions significatives pour le pilotage et la gestion des établissements de santé, puissent 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.

ASSEMBLÉE NATIONALE



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

Article additionnel après l'article

42

Dans la 2ème phrase du 2ème alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots « des professionnels de santé », insérer les mots :

« , de représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale prévoit que « la hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions (...) composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».

Les décisions des ces commissions pouvant avoir des incidences budgétaires pour les établissements de santé, cet amendement vise à les associer aux décisions prises.

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 124 | |
| | N° | |

ART.

ASSEMBLÉE NATIONALE

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

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE ~~12~~, insérer l'article suivant :

42

A l'article L.162-1-7 au deuxième alinéa est ajouté après Caisse d'Assurance maladie « des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

A l'article L.162-1-13 est ajouté à la fin du premier paragraphe « et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

Exposé des motifs :

La loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l'UNCAM le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux. Les fédérations hospitalières ne sont ni consultées ni parfois même informées des discussions engagées dans ce cadre.

Pourtant, le secteur hospitalier est véritablement concerné, dans la mesure où ces discussions ont un impact dans la construction du PMSI et sa valorisation dans la T2A qui repose sur la CCAM technique.

En outre, la valorisation des actes médicaux a des conséquences directes sur les choix d'exercice des médecins entre une pratique dans le secteur libéral et une pratique à l'hôpital public.

Ceci est d'autant plus vrai que la loi HPST du 21 juillet 2009 permet aux médecins libéraux d'être employés dans les établissements publics de santé.

Il est donc proposé que les mesures conventionnelles, qui ont des répercussions significatives pour le pilotage et la gestion des établissements de santé, puissent 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.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel

42

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

A l'article L.162-1-13 ajouter à la fin du premier paragraphe les mots suivants : «... et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

EXPOSE DES MOTIFS

Cet amendement, au même titre que le précédent vise à prévoir la représentation des fédérations hospitalières dans le cadre du processus conventionnel de fixation des tarifs des actes médicaux.

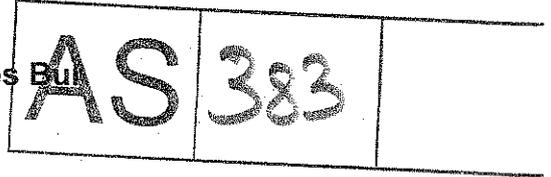
En effet, le secteur hospitalier est véritablement concerné, dans la mesure où ces discussions ont un impact dans la construction du PMSI et sa valorisation dans la T2A qui repose sur la CCAM (classification commune des actes médicaux) technique.

En outre, la valorisation des actes médicaux a des conséquences directes sur les choix d'exercices des médecins entre une pratique dans le secteur libéral et une pratique à l'hôpital public. Ceci est d'autant plus vrai que le Loi HPST du 21 juillet 2009 permet aux médecins libéraux d'être employés dans les établissements publics de santé.

Il est donc proposé que les mesures conventionnelles, qui ont des répercussions significatives pour le pilotage et la gestion des établissements de santé, puissent 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.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bu



42

Article additionnel

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« La première phrase de l'article L 162-1-17 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ainsi que les prestations de soins relatives au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale selon les modalités mentionnées au 1° de l'article R. 6123-54 du code de la santé publique, afin de privilégier les modalités mentionnées aux 2°, 3° et 4° du même article ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La tarification à l'activité et la concentration des médecins sur les villes importantes comportent l'inconvénient d'encourager les établissements de santé publics et privés à privilégier la dialyse en centre, nettement mieux tarifée. Il est proposé d'assujettir la dialyse en centre à un mécanisme d'accord préalable, comme cela a été fait depuis deux ans pour privilégier le développement de la chirurgie ambulatoire, de préférence à la chirurgie en hospitalisation conventionnelle, et comme le présent PLFSS l'envisage pour certaines prises en charge rééducatives en soins de suite et de réadaptation.

Par ailleurs, la dialyse hors centre est beaucoup moins onéreuse pour l'assurance-maladie mais présente la difficulté, pour les associations de dialyse, de comporter des coûts spécifiques de desserte de proximité et de couverture du territoire. La proximité et l'accessibilité des soins est particulièrement nécessaire aux patients, et se traduit de surcroît par des économies importantes de coûts de transport pour l'assurance-maladie. A titre d'exemple en appliquant les conditions de facturation des transports au 1^{er} juin 2009 pour une zone géographique donnée si l'on valorise l'écart en kilomètres d'une prise en charge en centre lourd versus une prise en hors centre (4 897 500 kms), il apparaît pour la seule région du Languedoc-Roussillon un surcout pour l'assurance maladie de plus de 4 millions d'euros (0,83 euro x 4 897 500 km = 4 064 925 euros).

C'est la raison pour laquelle le présent amendement propose d'inscrire dans la durée l'objectif d'amélioration des conditions d'exercice et de développement de la dialyse hors centre.

Projet de loi de financement
de la sécurité sociale

| | | |
|----|----|--|
| AS | 24 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT PRESENTE PAR VALERIE ROSSO-DEBORD

Proposition d'amendement sur le développement de la dialyse hors centre

42

Après l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale, il est inséré un article additionnel :

Après la première phrase de l'article L 162-1-17 du code de la sécurité sociale, sont ajoutés les mots :

« ainsi que les prestations de soins relatives au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale selon les modalités mentionnées au 1° de l'article R 6123-54 du code de la santé publique, afin de privilégier les modalités mentionnées au 2°, 3° et au 4° de l'article R 6123-54 du même code. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

La tarification à l'activité et la concentration des médecins sur les villes importantes comportent l'inconvénient d'encourager les établissements de santé publics et privés à privilégier la dialyse en centre, nettement mieux tarifée. Il est proposé d'assujettir la dialyse en centre à un mécanisme d'accord préalable, comme cela a été fait depuis 2 ans pour privilégier le développement de la chirurgie ambulatoire, de préférence à la chirurgie en hospitalisation conventionnelle, et comme le présent PLFSS 2011 l'envisage pour certaines prises en charge rééducatives en soins de suite et de réadaptation.

Par ailleurs, la dialyse hors centre est beaucoup moins onéreuse pour l'assurance-maladie mais présente la difficulté, pour les associations de dialyse, de comporter des coûts spécifiques de desserte de proximité et de couverture du territoire. La proximité et l'accessibilité des soins est particulièrement nécessaire aux patients, et se traduit de surcroît par des économies importantes de coûts de transport pour l'assurance-maladie. A titre d'exemple en appliquant les conditions de facturation des transports au 1er juin 2009 pour une zone géographique donnée si l'on valorise l'écart en kilomètres d'une prise en charge en centre lourd versus une prise en hors centre (4 897 500 kms), il apparaît pour la seule région du Languedoc-Roussillon un surcoût pour l'assurance maladie de plus de 4 millions d'euros (0.83 euros * 4 897 500 km = 4 064 925 euros).

C'est la raison pour laquelle le présent amendement propose d'inscrire dans la durée l'objectif d'amélioration des conditions d'exercice et de développement de la dialyse hors centre.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

| | | |
|----|----|--|
| AS | 62 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article ⁴² ~~41~~, insérer l'article suivant :

Après la première phrase de l'article L 162-1-17 du code de la sécurité sociale, sont ajoutés les mots :

« ainsi que les prestations de soins relatives au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale selon les modalités mentionnées au 1° de l'article R 6123-54 du code de la santé publique, afin de privilégier les modalités mentionnées au 2°, 3° et au 4° de l'article R 6123-54 du même code. »

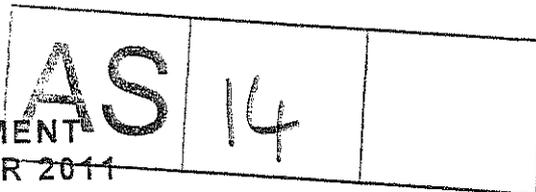
EXPOSÉ SOMMAIRE

La tarification à l'activité et la concentration des médecins sur les villes importantes comportent l'inconvénient d'encourager les établissements de santé publics et privés à privilégier la dialyse en centre, nettement mieux tarifée. Il est proposé d'assujettir la dialyse en centre à un mécanisme d'accord préalable, comme cela a été fait depuis 2 ans pour privilégier le développement de la chirurgie ambulatoire, de préférence à la chirurgie en hospitalisation conventionnelle, et comme le présent PLFSS 2011 l'envisage pour certaines prises en charge rééducatives en soins de suite et de réadaptation.

Par ailleurs, la dialyse hors centre est beaucoup moins onéreuse pour l'assurance-maladie mais présente la difficulté, pour les associations de dialyse, de comporter des coûts spécifiques de desserte de proximité et de couverture du territoire. La proximité et l'accessibilité des soins est particulièrement nécessaire aux patients, et se traduit de surcroît par des économies importantes de coûts de transport pour l'assurance-maladie. A titre d'exemple en appliquant les conditions de facturation des transports au 1er juin 2009 pour une zone géographique donnée si l'on valorise l'écart en kilomètres d'une prise en charge en centre lourd versus une prise en hors centre (4 897 500 kms), il apparaît pour la seule région du Languedoc-Roussillon un surcôt pour l'assurance maladie de plus de 4 millions d'euros (0.83 euros * 4 897 500 km = 4 064 925 euros).

C'est la raison pour laquelle le présent amendement propose d'inscrire dans la durée l'objectif d'amélioration des conditions d'exercice et de développement de la dialyse hors centre.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



AMENDEMENT présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot
et Dominique Tian

u2 Article additionnel après l'article ● ● ● *u2*

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

« L'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ils sont tenus de disposer d'un logiciel d'aide à la prescription certifié par la Haute Autorité de santé en application de l'article L. 161-38. »

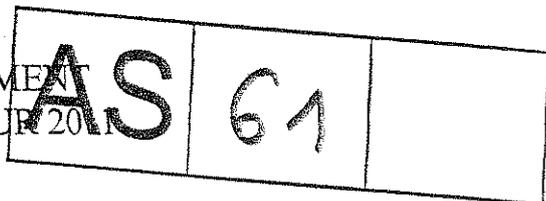
EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement résulte des conclusions des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur les médicaments (rapport n° 848 présenté par Mme Catherine Lemorton au mois d'avril 2008) et sur le fonctionnement de l'hôpital (rapport n° 2556 présenté par M. Jean Mallot au mois de juin 2010).

Il a pour objectif de développer l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription afin d'améliorer les pratiques de prescription et, notamment, l'efficacité médico-économique de la prescription des médicaments.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

42

ARTICLE ADDITIONNEL

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

I- Le 3° de l'article L 162-12-9 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

« ... 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 ».

II- Le 1° de l'article L162-9 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

«... ainsi que pour les orthophonistes, la durée minimum d'expérience professionnelle acquise au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social ».

III- La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux article 575 et 575 A du Code Général des Impôts.

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 et à de sérieuses hétérogénéités géographiques (confer cartographies pages 21, in cahier détaché de la Gazette des Communes n°2, 4 octobre 2010) mettent 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, alors que les établissements sont un facteur de rééquilibrage par le salariat des masseurs-kinésithérapeutes des déséquilibres de l'offre libérale.

L'inscription professionnelle initiale dans un établissement d'une pratique professionnelle qui, ultérieurement, deviendra libérale, présente par ailleurs le grand intérêt de générer une meilleure connaissance réciproque des capacités respectives des prises en charge en établissement et en cabinet, favorisant une meilleure coopération et des orientations de meilleure qualité entre médecine de ville et médecine hospitalière, en fonction des besoins mais aussi des caractéristiques des patients (âge, disponibilité d'un aidant, perte d'autonomie, comorbidités, etc...).

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.

| | | |
|----|----|--|
| AS | 18 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT PRESENTE PAR VALERIE ROSSO-DEBORD

Condition d'exercice en établissement sanitaire ou médico-social des masseurs-kinésithérapeutes et des orthophonistes, préalablement à leur installation libérale

42

Après l'article ~~42~~ du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

I. Le 3° de l'article L 162-12-9 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

« ... 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 ».

II. Le 1° de l'article L162-9 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

« ... ainsi que pour les orthophonistes, la durée minimum d'expérience professionnelle acquise au sein d'un établissement sanitaire, social ou médico-social ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

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 et à de sérieuses hétérogénéités géographiques (confer cartographies pages 21, in cahier détaché de la Gazette des Communes n°2, 4 octobre 2010) mettent 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, alors que les établissements sont un facteur de rééquilibrage par le salariat des masseurs-kinésithérapeutes des déséquilibres de l'offre libérale.

L'inscription professionnelle initiale dans un établissement d'une pratique professionnelle qui, ultérieurement, deviendra libérale, présente par ailleurs le grand intérêt de générer une meilleure connaissance réciproque des capacités respectives des prises en charge en établissement et en cabinet, favorisant une meilleure coopération et des orientations de meilleure qualité entre médecine de ville et médecine hospitalière, en fonction des besoins mais aussi des caractéristiques des patients (âge, disponibilité d'un aidant, perte d'autonomie, comorbidités, etc...).

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.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

| | | |
|----|----|--|
| AS | 70 | |
|----|----|--|

ARTICLE ADDITIONNEL

u2

Après l'article **70**, insérer 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 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. »

EXPOSÉ 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 malheureuse de l'UNCAM avec un syndicat minoritaire 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 charge 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 acquittés par les structures, ce qui induit la perte des abattements de cotisations sociales.

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.

Les risques de contentieux issus de ces situations sont réels pour l'Assurance-Maladie, dans le cadre de ses relations avec les infirmiers libéraux, du fait de la légalité discutée de la disposition conventionnelle, le tout pour une « économie » restant à démontrer et chiffrer (les honoraires d'infirmiers libéraux acquittés pour des structures représentant moins de 100 millions d'euros sur un total conventionnel annuel supérieur à 3 milliards d'euros).

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.

| | | |
|----|---|--|
| AS | 1 | |
|----|---|--|

Amendement présenté par Valérie ROSSO-DEBORD

~~Article L 162-15 du Code de la Sécurité Sociale~~
~~Les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés sont auditionnées dans le cadre de 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~~

Compléter le
Article additionnel ^{après} ~~avant~~ l'article ~~42~~ ⁴² par
le 1er alinéa de l'article L 162-15 du Code de la Sécurité Sociale ~~la~~ phrase :

« Les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés sont auditionnées dans le cadre de 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 ».

Exposé des motifs

Les domaines communs aux établissements de santé et professionnels de santé justifient la nécessité de participations croisées. A titre d'illustration des champs communs, l'on peut citer celui des dépenses hospitalières. Ainsi, si notamment la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (notamment s'agissant des prescriptions de médicaments ou de transports) repose sur l'établissement, elle implique également les professionnels de santé prescripteurs.

La mise en place de processus croisés s'intègre parfaitement dans certains dispositifs existants. A titre d'exemple, les syndicats médicaux ont été consultés pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité, notamment pour l'intégration des dispositifs médicaux implantables.

Or la négociation des conventions et avenants relatifs notamment à la classification commune des actes médicaux est aujourd'hui conduite par l'UNCAM avec les seuls représentants des professionnels libéraux.

Bien que le contenu de ces conventions puisse avoir un impact important sur le fonctionnement et le financement des établissements de santé, les fédérations représentatives de ces établissements n'y sont pas associées.

Ainsi par exemple, en 2007, un avenant à la Convention Médicale relatif aux actes de radiologie (avenant n°24) a été conclu entre les radiologues libéraux et l'UNCAM aboutissant à une baisse des forfaits techniques de scanners et d'IRM. Or ces forfaits sont dans leur large majorité perçus par les établissements de santé eux-mêmes qui supportent le coût d'investissement des appareils.

Cet exemple illustre la nécessité d'associer les fédérations hospitalières aux négociations conventionnelles qui concernent les établissements de santé qu'elles représentent, à tout le moins de leur permettre d'être auditionnées dans le cadre de ces négociations.

ART.

ASSEMBLÉE NATIONALE

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

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 120, insérer l'article suivant :

42

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 sont auditionnées dans le cadre de 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 ».

Exposé des motifs

Cet amendement a pour but d'instaurer l'audition des fédérations hospitalières dans le cadre de la négociation des conventions et avenants signés entre l'UNCAM et les professions libérales.

Les domaines communs aux établissements de santé et professionnels de santé justifient la nécessité de participations croisées. A titre d'illustration des champs communs, l'on peut citer celui des dépenses hospitalières. Ainsi, si notamment la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (notamment s'agissant des prescriptions de médicaments ou de transports) repose sur l'établissement, elle implique également les professionnels de santé prescripteurs.

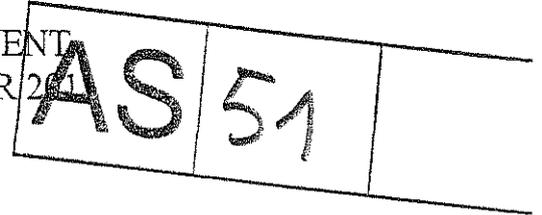
La mise en place de processus croisés s'intègre parfaitement dans certains dispositifs existants. A titre d'exemple, les syndicats médicaux ont été consultés pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité, notamment pour l'intégration des dispositifs médicaux implantables.

Or la négociation des conventions et avenants relatifs notamment à la classification commune des actes médicaux est aujourd'hui conduite par l'UNCAM avec les seuls représentants des professionnels libéraux.

Bien que le contenu de ces conventions puisse avoir un impact important sur le fonctionnement et le financement des établissements de santé, les fédérations représentatives de ces établissements n'y sont pas associées.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 42, insérer l'article suivant :

Après l'article 42, insérer l'article suivant :
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 ».

~~II. Le poste de recettes pour l'Etat est complété par les versements pour l'Etat d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du Code Général des Impôts.~~

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les domaines communs aux établissements de santé et professionnels de santé justifient la nécessité de participations croisées. A titre d'illustration des champs communs, l'on peut citer celui des dépenses hospitalières. Ainsi, si notamment la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (notamment s'agissant des prescriptions de médicaments ou de transports) repose sur l'établissement, elle implique également les professionnels de santé prescripteurs.

La mise en place de processus croisés s'intègre parfaitement dans certains dispositifs existants. A titre d'exemple, les syndicats médicaux ont été consultés pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité, notamment pour l'intégration des dispositifs médicaux implantables.

Or la négociation des conventions et avenants relatifs notamment à la classification commune des actes médicaux est aujourd'hui conduite par l'UNCAM avec les seuls représentants des professionnels libéraux.

Bien que le contenu de ces conventions puisse avoir un impact important sur le fonctionnement et le financement des établissements de santé, les fédérations représentatives de ces établissements n'y sont pas associées.

Ainsi par exemple, en 2007, un avenant à la Convention Médicale relatif aux actes de radiologie (avenant n°24) a été conclu entre les radiologues libéraux et l'UNCAM aboutissant à une baisse des forfaits techniques de scanners et d'IRM. Or ces forfaits sont dans leur large majorité perçus par les établissements de santé eux-mêmes qui supportent le coût d'investissement des appareils.

Cet exemple illustre la nécessité d'associer les fédérations hospitalières, avec voix consultative, aux négociations conventionnelles qui concernent les établissements de santé qu'elles représentent.

ART.



ASSEMBLÉE NATIONALE

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

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE ~~42~~, insérer l'article suivant :

42

L'article L 162-15 alinéa 1 du Code de la Sécurité sociale est ainsi complété :

« Les fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée sont également consultées par l'Union nationale des caisses d'Assurances maladie (Uncam) sur les dispositions conventionnelles susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé ».

Exposé des motifs :

La loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l'Uncam le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux. Les fédérations hospitalières ne sont ni consultées ni parfois même informées des discussions engagées dans ce cadre.

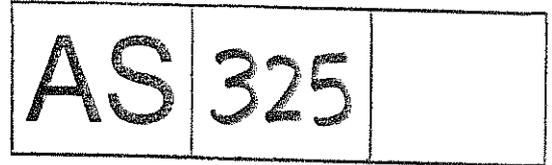
Pourtant, le secteur hospitalier est véritablement concerné, dans la mesure où ces discussions ont un impact dans la construction du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et sa valorisation dans la tarification à l'activité (T2A), qui repose sur la classification commune des actes médicaux (CCAM) technique.

En outre, la valorisation des actes médicaux a des conséquences directes sur les choix d'exercice des médecins entre une pratique dans le secteur libéral et une pratique à l'hôpital public. Ceci est d'autant plus vrai que la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 permet aux médecins libéraux d'être employés dans les établissements publics de santé.

Il est donc proposé que les mesures conventionnelles, qui ont des répercussions significatives pour le pilotage et la gestion des établissements de santé, puissent 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.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
(N° 2854)

AMENDEMENT
de Rémi DELATTE



Article additionnel ^{après} ~~l'article~~ l'article 42

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 sont auditionnées dans le cadre de 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 ».

Exposé des motifs

Les domaines communs aux établissements de santé et professionnels de santé justifient la nécessité de participations croisées. A titre d'illustration des champs communs, l'on peut citer celui des dépenses hospitalières. Ainsi, si notamment la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (notamment s'agissant des prescriptions de médicaments ou de transports) repose sur l'établissement, elle implique également les professionnels de santé prescripteurs.

La mise en place de processus croisés s'intègre parfaitement dans certains dispositifs existants. A titre d'exemple, les syndicats médicaux ont été consultés pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité, notamment pour l'intégration des dispositifs médicaux implantables.

Or la négociation des conventions et avenants relatifs notamment à la classification commune des actes médicaux est aujourd'hui conduite par l'UNCAM avec les seuls représentants des professionnels libéraux.

Bien que le contenu de ces conventions puisse avoir un impact important sur le fonctionnement et le financement des établissements de santé, les fédérations représentatives de ces établissements n'y sont pas associées.

Ainsi par exemple, en 2007, un avenant à la Convention Médicale relatif aux actes de radiologie (avenant n°24) a été conclu entre les radiologues libéraux et l'UNCAM aboutissant à une baisse des forfaits techniques de scanners et d'IRM. Or ces forfaits sont dans leur large majorité perçus par les établissements de santé eux-mêmes qui supportent le coût d'investissement des appareils.

Cet exemple illustre la nécessité d'associer les fédérations hospitalières aux négociations conventionnelles qui concernent les établissements de santé qu'elles représentent, à tout le moins de leur permettre d'être auditionnées dans le cadre de ces négociations.

PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL

42

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

A l'article L 162-15 du Code de la Sécurité Sociale compléter le premier alinéa par cette phrase :

« Les fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée sont également consultées par l'Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie sur les dispositions conventionnelles susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé ».

EXPOSE DES MOTIFS

La loi du 13 août 2004 a confié aux représentants des médecins libéraux et à l'UNCAM le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux. Les fédérations hospitalières ne sont pas consultées, ni parfois même informées des discussions engagées dans ce cadre.

Pourtant, le secteur hospitalier est bien concerné dans la mesure où ces discussions ont un impact dans la construction du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et sa valorisation dans la T2A qui repose sur la classification commune des actes médicaux technique.

En outre, la valorisation des actes médicaux a des conséquences directes sur les choix d'exercices des médecins entre une pratique dans le secteur libéral et une pratique à l'hôpital public. Ceci est d'autant plus vrai que le Loi HPST du 21 juillet 2009 permet aux médecins libéraux d'être employés dans les établissements publics de santé.

Cet amendement vise donc à proposer que les mesures conventionnelles, qui ont des répercussions significatives pour le pilotage et la gestion des établissements de santé, puissent faire l'objet d'un avis des fédérations hospitalières publiques et privées, dans le cadre des concertations précédant la transmission au ministre chargé de la Sécurité sociale



ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

Article additionnel après l'article 42

Après la 2ème phrase du 1er alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, insérer la phrase suivante :

« Les fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée sont consultées par l'Union nationale des caisses d'Assurances maladie sur les dispositions conventionnelles susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à associer également les fédérations hospitalières sur les dispositions conventionnelles les concernant.

Amendement présenté par Valérie ROSSO-DEBORD

Pour une politique contractuelle nationale prospective de régulation des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au bénéfice des établissements de santé

Article additionnel ^{après} ~~à~~ l'article ~~22-1~~ ~~22-6~~ 42

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'assurance maladie 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

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 déterminera 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. »

Exposé des motifs

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.

Cependant, 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 dans un cadre pluriannuel pourrait être menée à l'instar de celle en place dans le domaine du médicament depuis 1994 ou de ce qui est prévu dans le présent projet de loi pour les dispositifs médicaux.

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.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

| | | |
|----|----|--|
| AS | 52 | |
|----|----|--|

A mes
42

l'article ■, insérer l'article suivant :

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'assurance maladie 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

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 déterminera 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. »

~~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'assurance maladie concluent avec les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé un accord-cadre déterminant les relations entre les partenaires et notamment :~~

EXPOSÉ 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.

Cependant, 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 dans un cadre pluriannuel pourrait être menée à l'instar de celle en place dans le domaine du médicament depuis 1994 ou de ce qui est prévu dans le présent projet de loi pour les dispositifs médicaux.

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.

ASSEMBLÉE NATIONALE

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

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Lecourt

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 121 | |
|----|-----|--|

ARTICLE ADDITIONNEL

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

42

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'assurance maladie 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

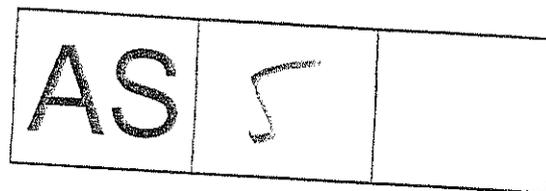
5° Les modalités de déclinaison dans les financements des établissements de santé des plans nationaux de santé publique ou d'actions ciblées sur certaines activités.

L'accord-cadre visé ci-dessus déterminera 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. »

Exposé des motifs :

Cet amendement a pour but d'instaurer une politique contractuelle nationale prospective de régulation des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au bénéfice des établissements de santé. 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. Cependant, 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 dans un cadre pluriannuel pourrait être menée à l'instar de celle en place dans le domaine du médicament depuis 1994 ou de ce qui est prévu dans le présent projet de loi pour les dispositifs médicaux. 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.



PLFSS 2011

Amendement présenté par Valérie ROSSO-DEBORD

Prise en compte de la croissance prévisionnelle des activités de soins dans l'objectif quantifié national de soins de suite et réadaptation

Article ● 42

Ajouter un IV ainsi rédigé :

IV. 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 qui résulte des autorisations de création ou de transformations délivrées par les agences régionales de santé.

PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL

42

APRES L'ARTICLE 42, insérer l'article suivant :

A la fin de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale, ajouter un nouvel alinéa ainsi rédigé :

«4° pour les établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux. »

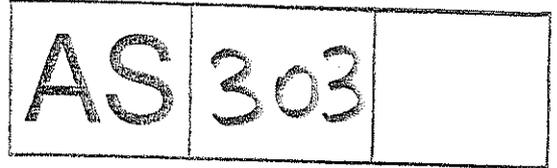
EXPOSE DES MOTIFS

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

Les établissements publics et privés sont actuellement engagés dans un processus de convergence d'application de la tarification à l'activité alors que 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 élément participe à la distorsion de tarification que décrit la Cour des Comptes dans son dernier rapport.

ASSEMBLÉE NATIONALE



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

ARTICLE ADDITIONNEL

42

APRÈS L'ARTICLE ■, 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 DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 384 | |
|----|-----|--|

42

Article additionnel

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« Le I de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

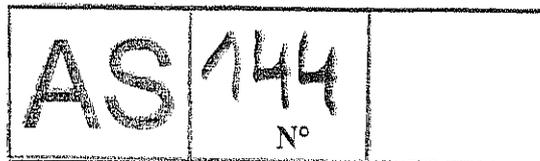
« « De nouvelles mesures ayant des incidences sur les charges hospitalières ne peuvent intervenir en cours d'année sans que leurs modalités de financement aient été intégrées dans la loi de financement de la sécurité sociale. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Un certain nombre de dispositions adoptées en cours d'année par les pouvoirs publics ont des conséquences financières pour les établissements publics de santé : revalorisations statutaires, mesures pour faire face à une crise sanitaire... En l'absence de financements spécifiques, leur mise en œuvre entraîne des déséquilibres financiers importants pour les hôpitaux et contribue à alimenter leur déficit. À titre d'exemple, les mesures dites « LMD » pour les personnels infirmiers auront des répercussions à hauteur de 300 millions d'euros par an pour les hôpitaux.

Il est proposé que les taux d'évolution de l'ONDAM intègrent systématiquement les mesures nouvelles. Ceux-ci sont pris en considération dans la détermination des sous-objectifs hospitaliers.

ART.



ASSEMBLÉE NATIONALE

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

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel

Après l'article 42, insérer l'article suivant

L'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale est complété :

« De nouvelles mesures ayant des incidences sur les charges hospitalières ne peuvent intervenir en cours d'année sans que leurs modalités de financement aient été intégrées dans la loi de financement de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

Un certain nombre de dispositions adoptées en cours d'année par les pouvoirs publics ont des conséquences financières pour les établissements publics de santé : revalorisations statutaires, mesures pour faire face à une crise sanitaire... En l'absence de financements spécifiques, leur mise en œuvre entraîne des déséquilibres financiers importants pour les hôpitaux et contribue à alimenter leur déficit.

A titre d'exemple, les mesures dites « LMD » pour les personnels infirmiers auront des répercussions à hauteur de 300 millions d'euros par an pour les hôpitaux.

Il est proposé que les taux d'évolution de l'Ondam intègrent systématiquement les mesures nouvelles. Ceux-ci sont pris en considération dans la détermination des sous-objectifs hospitaliers.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

Article additionnel

  après l'article 42

Compléter le I de l'article L. 162-22-9 par l'alinéa suivant :

« Le financement des mesures salariales concernant la fonction publique hospitalière intervenant en cours d'année fait l'objet d'un projet de loi rectificatif de financement de la sécurité sociale. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à ce que les revalorisations salariales accordées par l'Etat ne soient pas supportées par les hôpitaux et soit intégrées à l'ONDAM hospitalier.

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 317 | |
|----|-----|--|

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

~~Article additionnel~~ ~~Article additionnel~~

après l'article 42

Compléter le I de l'article L. 162-22-9 par l'alinéa suivant :

« Il est corrigé en fin d'année pour prendre en compte les éventuelles mesures salariales concernant la fonction publique hospitalière intervenant en cours d'année. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à ce que les revalorisations salariales accordées par l'Etat ne soient pas supportées par les hôpitaux et soit intégrées à l'ONDAM hospitalier.

AS 249

PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL

après l'article 42

après ~~ARTICLE~~ L'ARTICLE ~~42~~, insérer l'article suivant :

A l'article L 162-22-10 du code de la sécurité sociale, à la fin du II bis, insérer la phrase suivante :

« Elle tient compte pour chaque région des indicateurs de santé publique et du niveau de recours aux soins de la population. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à introduire la prise en compte des caractéristiques régionales dans la régulation prix-volume.

En effet, dans certaines régions la population consomme moins de soins alors que les indicateurs de santé sont défavorables. Or ces régions voient leurs tarifs baisser au même niveau qu'une région plus riche avec une consommation bien au-delà de la moyenne nationale. Cet amendement propose de corriger cela, la création des ARS devrait faciliter la prise en compte de ces indicateurs régionaux.

Actuellement le système de régulation prix-volume s'applique sans tenir compte du périmètre du tarif, de la nature des activités au sein du champ médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ni des indicateurs de santé.

Dans la mesure où les effets de volume relèvent plus spécifiquement des secteurs avec beaucoup d'actes et d'interventions (comme la chirurgie), il convient que chaque segment du champ MCO supporte de manière distincte l'évolution de son activité en volume dans le cadre de la fixation de ses tarifs.

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 314 | |
|----|-----|--|

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

Article additionnel

après l'article 42

Compléter le II bis de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale par l'alinéa suivant :

« Elle tient compte pour chaque région des indicateurs de santé publique et du niveau de recours aux soins de la population. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à moduler la régulation prix-volume en intégrant une disposition visant à corriger, sous l'égide des agences régionales de santé, les inégalités inter régionales.

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 315 | |
|----|-----|--|

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

Article additionnel



après l'article 42

Compléter le II bis de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale par la phrase suivante :

« Les autres mesures prises en cours d'année par le gouvernement en vue de compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM hospitalier portent de manière équilibrée sur les différentes modalités de financement des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à partager de façon équitable les efforts d'économie entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS 94

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

*après
l'article 42*


 insérer l'article suivant :

« 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 d'autre part. 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 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.

Cela permettrait également de répondre aux recommandations de la Cour des Comptes (Rapport sur la Sécurité sociale de septembre 2010) visant à ce que les sous objectifs de l'ONDAM soient plus précisément formalisés et comportent une liste détaillée des catégories de dépenses permettant notamment d'optimiser la vérification du respect des sous objectifs en fin d'exercice, laquelle pose aujourd'hui des difficultés.

ART.

N°

ASSEMBLÉE NATIONALE

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

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prél et Claude Leteurre

Article additionnel *après l'article 42*
[REDACTED], insérer l'article suivant

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 d'autre part. 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.»

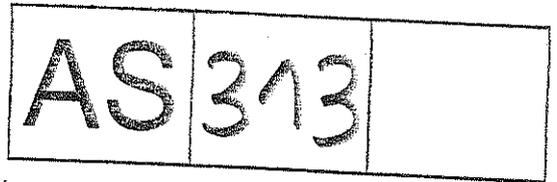
Exposé des motifs :

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.

Cela permettrait également de répondre aux recommandations de la Cour des Comptes (Rapport sur la Sécurité sociale de septembre 2010) visant à ce que les sous objectifs de l'ONDAM soient plus précisément formalisés et comportent une liste détaillée des catégories de dépenses permettant notamment d'optimiser la vérification du respect des sous objectifs en fin d'exercice, laquelle pose aujourd'hui des difficultés.

ASSEMBLÉE NATIONALE



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

~~Article additionnel~~ ~~à l'article 42~~ après l'article 42

Après la 2ème phrase du 1er l'alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, insérer la phrase suivante :

« Cette dotation participe également au financement des charges de structures des missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à créer une dotation de financement des charges de structures des missions de service public hospitalier au sein de l'Ondam.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL *après l'article 42*

~~Article~~

~~Article~~, insérer l'article suivant :

L'article L. 162-22-15 du Code de la Sécurité sociale est complété :
à la fin du second alinéa est ajouté le texte suivant :

« Les mesures prises en cours d'année par le gouvernement en vue de compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM hospitalier portent de manière équilibrée sur les différentes modalités de financement des établissements. »

EXPOSE DES MOTIFS

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, la représentation nationale vote chaque année une enveloppe MIGAC (mission d'intérêt général et aide à la contractualisation) permettant d'assurer le financement des missions d'intérêt général des établissements de santé, tout en accompagnant, le cas échéant, le développement de leur efficacité. Compte tenu de l'organisation de l'offre de soins en France, ces financements concernent essentiellement les hôpitaux publics.

En 2010, une part significative des MIGAC, estimée à 550 millions d'euros, a été gelée par les pouvoirs publics afin de compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM. Cela pénalise fortement les établissements publics de santé, alors que l'éventuel « non respect » de l'ONDAM relève de la responsabilité partagée des secteurs public et privé.

Par ailleurs, le taux d'évolution de l'ONDAM intègre chaque année les efforts d'économie demandés aux professionnels de santé : ils sont intrinsèquement pris en considération dans la détermination des sous-objectifs hospitaliers. Ainsi, la volonté de maîtrise des dépenses d'assurance maladie amènera l'ONDAM à une évolution annuelle de 3% de 2010 à 2013, au mieux, par rapport à une progression naturelle des dépenses de l'ordre de 4.5%.

Cet amendement vise donc à assurer la délégation intégrale du montant voté pour les MIGAC par le Parlement. A défaut, les efforts d'économie doivent être effectués de manière équitable et transparente entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 382 | |
|----|-----|--|

42

Article additionnel

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« À l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « activités de soins », sont insérés les mots : « ou des consultations et actes externes ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à reconnaître la possibilité à des praticiens salariés exerçant dans des établissements dont le mode de financement relève du champ ex-OQN de développer une activité de consultations et d'actes externes. En effet, il n'existe aucun cadre permettant de financer une telle activité s'agissant de personnels salariés dans le champ ex-OQN, l'activité externe relevant habituellement de l'activité libérale des praticiens.

Cette situation est particulièrement dommageable dans le domaine de la prévention et du suivi de l'insuffisance rénale chronique puisque 20 % de l'ensemble des praticiens qualifiés en néphrologie exercent en qualité de salariés au sein d'établissements de dialyse associatifs. Ces structures ne peuvent, en particulier, participer à des actions de dépistage et de suivi alors même que l'accès aux soins primaires dans le domaine de la néphrologie apparaît menacé dans de nombreux territoires en raison des évolutions de la démographie médicale. Or, l'accès précoce à un suivi spécialisé est décisif pour prévenir la survenue et l'aggravation de l'insuffisance rénale chronique. D'après une enquête épidémiologique récente (EPIRAN), seuls 10 % des patients concernés sont vus par un néphrologue dans l'année suivant le diagnostic d'insuffisance rénale chronique.

L'autre intérêt de la mesure est de permettre à des praticiens qui connaissent bien l'activité de dialyse en hors centre, beaucoup plus économe des crédits de l'assurance-maladie tant en différentiel de coût des séances qu'en coût de transports, d'orienter les patients vers ces modalités au tout début de leur parcours de soins, par définition de longue durée. Il est plus difficile de demander à des néphrologues pratiquant exclusivement ou très majoritairement l'activité de centre de militer pour des modalités hors centre, dans leurs propres activités de consultations privées lorsque les médecins exercent à titre libéral, ou de consultations hospitalières publiques lorsqu'il s'agit de praticiens hospitaliers.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

Article additionnel



Après l'article 42, insérer l'article suivant :

« I.– Le 1° du L. 174-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et au titre de l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ».

« II.– L'article L. 254-2 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« « Quand ces établissements facturent les soins dispensés au titre de l'article L. 254-1, ils facturent ces soins en utilisant les règles définies aux articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. » »

« III.– Les pertes de recettes éventuelles pour les établissements hospitaliers sont compensées à due concurrence par une taxe additionnelle aux droits sur les tabacs. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Actuellement, l'assurance maladie prend en charge avec l'État les soins urgents dispensés aux malades non couverts par un régime d'assurance maladie et ne relevant pas de l'aide médicale d'État.

Ces soins sont facturés par les établissements hospitaliers à l'assurance maladie en tarifs journaliers de prestations, lesquels sont très nettement supérieurs aux tarifs définis par les groupes homogènes de séjour, servant de base à la facturation par la tarification à l'activité.

Le présent amendement propose donc d'aligner la tarification des soins et de l'hébergement appliquée aux soins urgents, sur la T2A communément utilisée par les établissements de santé.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)

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

Article additionnel

Après l'article ⁴² ~~41~~, insérer l'article suivant :

« Avant le dernier alinéa de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« « 9° de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le paiement à l'acte et la T2A ne constituent pas une fin en soi et méritent une régulation par la qualité. En effet, la pertinence d'une prise en charge d'un acte, qu'il soit diagnostic ou thérapeutique, constitue l'essence même d'une bonne médecine. Il s'agit de garantir une prise en charge adaptée de la population, et de chaque patient, en luttant contre les actes et interventions inutiles ou inadéquats. Cette volonté relève de l'éthique du service public. Elle contribue en outre à maîtriser les coûts de l'hospitalisation, dégager des marges de manœuvre au sein du système de santé et investir pour l'avenir.

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dispose de données essentielles en matière d'adéquation des soins, actes et interventions. Il convient de les faire connaître au public, afin que les démarches requises d'amélioration de la qualité soient engagées par les professionnels de santé.

Il est donc proposé que la CNAMTS publie annuellement un bilan national et comparatif par région des actes et interventions réalisés par les établissements de santé, qui permettra d'analyser la pertinence des soins effectués.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 388 | |
|----|-----|--|

42

Article additionnel

Après l'article ~~41~~, insérer l'article suivant :

« Avant le dernier alinéa de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« « 9° de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le paiement à l'acte et la T2A ne constituent pas une fin en soi et méritent une régulation par la qualité. En effet, la pertinence d'une prise en charge d'un acte, qu'il soit diagnostic ou thérapeutique, constitue l'essence même d'une bonne médecine. Il s'agit de garantir une prise en charge adaptée de la population, et de chaque patient, en luttant contre les actes et interventions inutiles ou inadéquats. Cette volonté relève de l'éthique du service public. Elle contribue en outre à maîtriser les coûts de l'hospitalisation, dégager des marges de manœuvre au sein du système de santé et investir pour l'avenir.

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dispose de données essentielles en matière d'adéquation des soins, actes et interventions. Il convient de les faire connaître au public, afin que les démarches requises d'amélioration de la qualité soient engagées par les professionnels de santé.

Il est donc proposé que la CNAMTS publie annuellement un bilan national et comparatif par région des actes et interventions réalisés par les établissements de santé, qui permettra d'analyser la pertinence des soins effectués.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL

42

APRES L'ARTICLE 42, insérer l'article suivant :

A l'article L221-1 du Code de la Sécurité Social, après le 9^e alinéa, ajouter un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« 9°) de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à proposer que la CNAMTS publie annuellement un bilan national et comparatif par région des actes et interventions réalisés par les établissements de santé, qui permettra d'analyser la pertinence des soins effectués.

La CNAMTS dispose de données essentielles en matière d'adéquation des soins, actes et interventions. Il convient de les faire connaître au public, afin que les démarches requises d'amélioration de la qualité soient engagées par les professionnels de santé.

Un rapport de l'IGAS a été rendu public en septembre dernier sur « l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé ». Il porte sur l'information collective des usagers sur la qualité des soins prodigués par les hôpitaux et les cliniques afin de les éclairer dans leur droit au libre choix d'un établissement. Il qualifie de « très pauvres » les informations sur la qualité des prises en charges dans les établissements de santé diffusées au grand public à l'initiative des pouvoirs publics.

La pertinence d'une prise en charge, d'un acte, qu'il soit diagnostic ou thérapeutique, constitue l'essence même d'une médecine exemplaire. Il s'agit de garantir une prise en charge adaptée de la population, et de chaque patient, en luttant contre les actes et interventions inutiles ou inadéquats. Cette volonté relève de l'éthique du service public. Elle contribue en outre à maîtriser les coûts de l'hospitalisation, à dégager des marges de manœuvre au sein du système de santé.



PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2011

Amendement présenté par Jean-Marie Rolland

Article additionnel à l'article ● 42

L'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :
« 9°) de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé.

La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'Assurance maladie. »

Exposé des motifs

Le paiement à l'acte, la T2A ne constituent pas une fin en soi et méritent une régulation par la qualité.

En effet, la pertinence d'une prise en charge, d'un acte, qu'il soit diagnostic ou thérapeutique, constitue l'essence même d'une bonne médecine. Il s'agit de garantir une prise en charge adaptée de la population, et de chaque patient, en luttant contre les actes et interventions inutiles ou inadéquats.

Cette volonté relève de l'éthique du service public. Elle contribue en outre à maîtriser les coûts de l'hospitalisation, dégager des marges de manoeuvre au sein du système de santé et investir pour l'avenir.

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dispose de données essentielles en matière d'adéquation des soins, actes et interventions. Il convient de les faire connaître au public, afin que les démarches requises d'amélioration de la qualité soient engagées par les professionnels de santé.

Il est donc proposé que la CNAMTS publie annuellement un bilan national et comparatif par région des actes et interventions réalisés par les établissements de santé, qui permettra d'analyser la pertinence des soins effectués.

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 147 | |
| | N° | |

ART.

ASSEMBLÉE NATIONALE

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

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel

Après l'article 6, insérer l'article suivant

42

L'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

« 9°) de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé.

La caisse nationale exerce, au titre des attributions énoncées ci-dessus, un pouvoir de contrôle sur les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et primaires d'Assurance maladie. »

Exposé des motifs :

Le paiement à l'acte, la T2A ne constituent pas une fin en soi et méritent une régulation par la qualité.

En effet, la pertinence d'une prise en charge, d'un acte, qu'il soit diagnostique ou thérapeutique, constitue l'essence même d'une bonne médecine. Il s'agit de garantir une prise en charge adaptée de la population, et de chaque patient, en luttant contre les actes et interventions inutiles ou inadéquats.

Cette volonté relève de l'éthique du service public. Elle contribue en outre à maîtriser les coûts de l'hospitalisation, dégager des marges de manœuvre au sein du système de santé et investir pour l'avenir.

La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dispose de données essentielles en matière d'adéquation des soins, actes et interventions. Il convient de les faire connaître au public, afin que les démarches requises d'amélioration de la qualité soient engagées par les professionnels de santé.

Il est donc proposé que la CNAMTS publie annuellement un bilan national et comparatif par région des actes et interventions réalisés par les établissements de santé, qui permettra d'analyser la pertinence des soins effectués.



ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

Article additionnel après l'article ● 42

Après le 9^{ème} alinéa de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, insérer l'alinéa suivant :

« 9°) de publier annuellement un bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à attribuer à l'Assurance maladie la mission de publier annuellement des données comparatives sur l'évaluation de la pertinence des soins par région.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

| | | |
|----|----|--|
| AS | 15 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot
et Dominique Tian

Article additionnel après l'article 42

Après l'article 42, insérer l'article suivant :

« Après le II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*.– Le service du contrôle médical veille et participe à la mise en œuvre dans les établissements publics de santé des bonnes pratiques organisationnelles définies par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. »

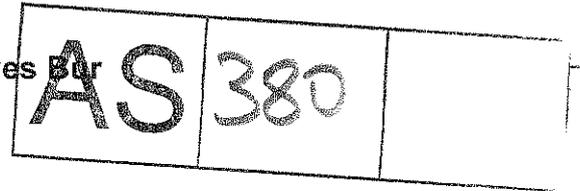
EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à traduire une des préconisations du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur le fonctionnement de l'hôpital, rendu public au mois de mai 2010.

Il a pour objectif de faire participer le contrôle médical à la mise en œuvre des bonnes pratiques d'organisation hospitalière élaborées par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité médico-économique des établissements publics de santé.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur



42

Article additionnel

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 6161-9 du code de la sécurité sociale, après les mots : « présent alinéa », sont insérés les mots : « et les dispositions transitoires pour les contrats en cours à la date de promulgation de la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Lors de l'examen par le Conseil d'État du projet de décret relatif à la coopération souhaitée par le législateur dans les établissements de santé entre la médecine hospitalière et la médecine libérale, il est apparu que la base légale apportée par la loi HPST était insuffisante pour :

– tenir compte de l'applicabilité à ces collaborations de dispositions réalistes (honoraires en secteur I exclusif inenvisageable dans certaines disciplines) mais aussi d'encadrement tarifaires, rassemblées sous l'expression de « secteur optionnel » qui est mentionné au IV de l'article 53 de la loi HPST mais qui n'a pas avancé précisément encore ;

– intégrer le principe d'une gestion maîtrisée conjointement par l'établissement et le praticien libéral, dans le cadre du contrat d'exercice et après avis de la CME, sachant que cet accord n'a pas d'impact sur le « reste à charge » des patients (il est assumé par l'établissement sur ses tarifs et budgets), ni sur les finances de l'assurance-maladie ;

– intégrer des dispositions transitoires, pour organiser l'articulation entre les contrats d'exercice en vigueur à la date de promulgation de la loi HPST et les nouvelles dispositions.

Tel est l'objet du présent amendement, qui a pour vocation d'améliorer la qualité de la loi mais aussi d'apporter des assouplissements de composition des équipes médicales, associant salariat et exercice libéral dans les mêmes établissements de santé, en cohérence avec la volonté de permettre une organisation la plus efficiente possible des établissements de santé, d'une part, et de leur permettre de faire évoluer leur structuration au regard de l'évolution de la convergence tarifaire entre les différents secteurs.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 386 | |
|----|-----|--|

42

Article additionnel

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« L'article L. 4614-12 du code du travail est ainsi rédigé :

« *Art. L. 4614-12.* – Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel à un expert agréé, conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics ainsi qu'aux dispositions réglementaires d'application. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements publics de santé connaissent de réelles difficultés à l'occasion du choix des experts agréés par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

En l'état de la réglementation, l'établissement ne peut pas donner son avis, et encore moins son accord, sur le choix de l'expert. Pourtant, c'est à lui que reviendra la prise en charge des frais d'expertise qui peuvent être particulièrement élevés selon le choix opéré par le CHSCT (article L. 4614-13 du code du travail). Cette situation constitue une dérogation au principe de « décideur-payeur » et impacte le budget de l'établissement.

Dans le respect des missions du CHSCT, il est donc proposé de permettre à l'établissement de procéder à une mise en concurrence éclairant le choix de l'expert agréé.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 374 | |
|----|-----|--|

42

Article additionnel

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :

« 1° Le dernier alinéa (3°) du II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« « Les aides individuelles ainsi versées par les établissements mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale leur sont remboursées directement par le fonds, dans le cadre d'une convention établie entre l'établissement et le fonds et approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour adapter les modalités d'intervention du fonds aux spécificités du droit privé applicable à ces établissements et aux obligations qui en découlent dans leurs relations contractuelles avec leurs personnels. » ;

« 2° Au premier alinéa du III, après les mots : « au moyen de subventions ou d'avances remboursables », sont insérés les mots : « avec les adaptations nécessaires liées au droit privé applicable aux établissements de santé privés bénéficiaires et à leurs relations contractuelles avec leurs personnels » ;

« 3° Après la première phrase du premier alinéa du IV, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« « Dans ce cadre, une convention est établie entre le fonds et les établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale afin d'adapter les modalités d'intervention du fonds aux spécificités du droit privé applicable à ces établissements et aux obligations qui en découlent dans leurs relations contractuelles avec leurs personnels. Cette convention est approuvée par le ou les directeurs d'agence régionale de santé compétents. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'objet du présent amendement est de lever les obstacles juridiques qui pénalisent aujourd'hui les établissements de santé privés non lucratifs, dans leur accès aux aides aux restructurations qui peuvent être apportées par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et de rétablir ainsi l'intention originelle du législateur.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

| | | |
|----|-----|--|
| AS | 390 | |
|----|-----|--|

42

Article additionnel

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« Les données de cadrage, les objectifs et les indicateurs du programme de qualité et d'efficience visé au 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche Maladie comportent des éléments relatifs à la politique immobilière des établissements de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La politique immobilière des établissements de santé est une source de rationalisation et d'économies encore trop négligée. Le récent rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale a d'ailleurs montré tout le chemin qui reste à faire pour valoriser le patrimoine hospitalier.

Il est donc important que soient définis des indicateurs et des objectifs dans ce domaine, retracés chaque année par le programme de qualité et d'efficience « Maladie ».

| | | |
|----|---|--|
| AS | 9 | |
|----|---|--|

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT présenté par MM. Pierre Morange, Jean Mallot
et Dominique Tian

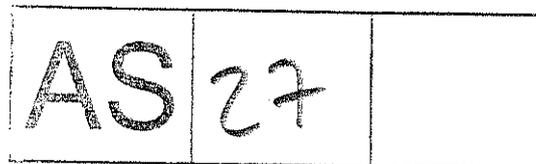
après ⁴² Article additionnel après l'article ⁴²
 l'article , insérer l'article suivant :

« Le programme de qualité et d'efficacité de la branche Maladie prévu par le 1° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale présente un bilan et les perspectives des réorganisations internes tendant à améliorer le fonctionnement des établissements publics de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à traduire une des préconisations du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur le fonctionnement de l'hôpital, rendu public au mois de mai 2010.

Il a pour objectif d'améliorer l'information du Parlement sur le mouvement de modernisation de la gestion des hôpitaux et de maîtrise de leurs coûts. Il permet incidemment de faciliter leur contrôle.



Projet de loi de financement
de la sécurité sociale

AMENDEMENT PRESENTE PAR VALERIE ROSSO-DEBORD

Proposition d'amendement pour l'établissement d'un rapport IGAS-IGF sur les enjeux des prestations inter-établissements et des effets de glissement entre établissements de santé (prescriptions de médicaments, d'examens, transports sanitaires, etc.)

42

Après l'article 42 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« Un rapport est établi par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Finances et remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, concernant la nature et le volume des dépenses de médicaments, d'examens radiologiques et biologiques et les transports sanitaires, et de toute autre charge significative dont l'imputation et ses difficultés sont associées à des transferts de patients entre les établissements de santé de court séjour entre eux, d'une part, et avec les autres établissements de santé autorisés en soins de suite et de réadaptation ou en psychiatrie ou en soins de longue durée ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'autre part. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins du caractère imprécis des règles en vigueur et de leur mise en application par les différents établissements de santé, les agences régionales de santé et les organismes d'assurance-maladie, ainsi que des propositions pour y remédier. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les règles d'imputation budgétaire des prestations et charges entre deux établissements de santé, à l'occasion des transferts de patients, méritent une clarification et une analyse approfondie des pratiques sur le terrain, pour le parcours de soins des patients comme pour les dépenses d'assurance-maladie. Qui plus est, les mesures annoncées de régulation des prescriptions hospitalières en court séjour, dans le cadre de la LFSS 2010, se traduisent par des comportements « d'anticipation » des risques d'imputation. Certains patients ne sortent plus avec des prescriptions qui seraient imputables aux pratiques plus ou moins éclairées et responsables du professionnel et de l'établissement de santé de « départ », mais avec des « recommandations » d'ordonnance à établir (dans l'établissement receveur), ou d'examens qu'il serait judicieux de faire (et que l'établissement qui prend le relais devrait alors assumer). Autant de situations défavorables à la qualité des prises en charge et au fonctionnement fluide et rapide des filières de soins.

Il est donc proposé qu'un rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF puisse faire la lumière sur ces sujets de fort enjeu.

| | | |
|----|----|--|
| AS | 75 | |
|----|----|--|

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

42

Après l'article 10, insérer l'article suivant :

« Un rapport est établi par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Finances et remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale entre les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés par la mise en œuvre de tarifs plafonds ou de mécanismes de convergence tarifaire ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à établir sur des bases objectives les conditions dans lesquelles il est nécessaire d'intégrer 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 2006 a chiffré cet écart, pour les établissements sanitaires, à 4,15 % ;
- 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'objectiver les écarts de manière indiscutable, afin de faire en sorte que les établissements privés concernés par la convergence tarifaire ne subissent plus 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.

Cette disposition est également importante dans le contexte de préparation d'une réforme de la tarification des services de soins infirmiers d'aide à domicile, qui entend ajuster les allocations de ressources avec les services rendus, décrits de manière statistique. Au-delà du débat actuel quant à la fidélité des outils statistiques envisagés par l'administration pour la juste description des besoins des bénéficiaires, il est important d'ores et déjà que les contraintes spécifiques de charges sociales et fiscales puissent être prises en compte, à défaut de quoi l'apparente égalité de traitement budgétaire des structures publiques et privées masquerait une différence de financement alloué pour des usagers présentant des caractéristiques comparables.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

| | | |
|----|----|--|
| AS | 90 | |
|----|----|--|

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

42

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

« Un rapport est établi par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Finances et remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur les modalités selon lesquelles le Ministère de la Santé a établi l'enveloppe budgétaire relative à la permanence de soins hospitalière, sur la base des déclarations des établissements de santé publics et privés et d'autres éléments de méthode devant être objectivés et publiés, compte-tenu de l'importance de la diminution opérée sur les tarifs en 2009 et en 2010 sur cette base.».

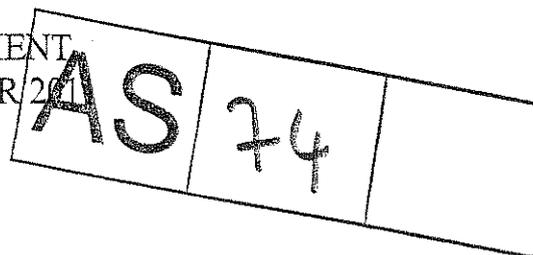
EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à établir sur des bases objectives et transparentes les conditions dans lesquelles le Ministère de la Santé a retiré près d'un milliard d'euros de la masse tarifaire des établissements de court séjour, dans le cadre des campagnes tarifaires 2009 et 2010, pour établir l'enveloppe relative à la mission d'intérêt général sur la permanence des soins.

Ces données ont été demandées par les fédérations hospitalières à de multiples reprises, compte-tenu de leur enjeu élevé. Il est proposé que les parlementaires obtiennent la transparence sur ce sujet, sur la base d'un rapport conjoint de l'IGAS et de l'IGF.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

42
Après l'article ■, insérer l'article suivant :

« L'ANAP (Agence nationale d'appui de la performance des établissements de santé et médico-sociaux) est chargée de mettre en oeuvre un plan quinquennal d'évaluation et de vente d'au moins 5% du parc du patrimoine privés des établissements publics de santé.

Elle rend compte chaque année au Parlement de l'état d'avancement de ce plan quinquennal et du montant des ressources ainsi dégagées, dans un rapport public annuel déposé avant le 15 septembre ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements publics de santé disposent d'un patrimoine immobilier supérieur à celui de l'Etat (60 millions de mètres carrés de bâtiments, forêts, terrains et autres biens estimés à 36 milliards d'€ contre 40 millions de mètres carrés évalués à 40 milliards d'€).

Outre les locaux affectés aux activités des établissements de santé eux-mêmes, ces biens incluent un patrimoine privé, distinct du patrimoine public consacré aux activités de soins. La plupart des hôpitaux français sont en effet propriétaires d'ensembles immobiliers non affectés aux soins, qui historiquement étaient considérés comme le bien des pauvres car leurs revenus étaient destinés à financer les soins aux indigents.

Ainsi, le patrimoine privé de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris est aujourd'hui plus important que son patrimoine public. Avec 903 hectares (au ¾ des terres agricoles, bois et forêts éclatés en 285 parcelles situées dans 56 communes) et 11.000 logements, sa valeur vénale s'élève à 12 milliards d'€, alors que son patrimoine public est évalué à 9 milliards.

Les Hospices Civils de Lyon sont le plus important propriétaire lyonnais puisqu'ils disposent d'un patrimoine privé de quelques 600 millions d'€. Ce patrimoine est constitué essentiellement d'immeubles, lots de copropriété, et autres terrains urbains et ruraux.

Ce n'est qu'en 2003, pour la première fois de son histoire, que l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille a fait procéder à un inventaire de son patrimoine immobilier. Au total, 467 logements ont été répertoriés, une dizaine de bars, des commerces, des restaurants, une forêt, une carrière de pierre à Vitrolles, un immeuble dans le quartier de la Bastille, à Paris.

Face à ces énumérations à la Prévert et à la situation de dérive des comptes de l'assurance maladie, il apparaît

légitime que le Parlement demande la valorisation de ce patrimoine privé, d'autant que le cœur de métier des gestionnaires des établissements publics de santé demeure - et doit demeurer - concentré sur l'excellence de l'offre de soins, l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) n'étant d'ailleurs pas spécialement réputée pour son expertise en matière de gestion d'actifs immobiliers ...

Peu de données sont accessibles pour évaluer la bonne gestion du patrimoine privé des hôpitaux.

Pour ce qui concerne les ventes, celles portant sur le patrimoine de l'Etat avoisineront le milliard d'€ en 2010, alors que celles opérées par les hôpitaux devraient atteindre péniblement les 100 millions. On sait aussi que le véritable « empire » que constitue le patrimoine privé de l'AP-HP ne lui rapporte, en produits de ventes et loyers, que quelques dizaines de millions d'€ par an.

Dans un contexte budgétaire tendu, spécialement au regard de l'objectif affiché d'équilibre d'exploitation à atteindre par tous les hôpitaux d'ici 2012, la valorisation de leur patrimoine privé par tous les moyens appropriés (de l'augmentation des loyers jusqu'à la vente) devrait constituer un objectif incontournable.

Selon le directeur général des HCL Paul Castel ; « *la hausse des loyers et les cessions à venir doivent rapporter 130 millions d'euros d'ici 2013* » et contribuer au retour des comptes de cet établissement de santé à l'équilibre en 2013. Quant à l'AP-HP, elle s'est d'ores et déjà séparée du théâtre Mogador, d'un Holiday Inn à Paris, du grand hôtel Lafayette, de terres agricoles dans l'Eure et prochainement du château de Cercamp dans le Pas-de-Calais. Elle devrait continuer dans cette voie par la vente d'un manoir à Roscoff ou encore un immeuble situé dans le VIIIème arrondissement de Paris.

La représentation nationale est concernée au premier chef par le débat consistant à déterminer s'il est ou non légitime que les hôpitaux français conservent indéfiniment la propriété de tels biens (certains militent pour la préservation de ces « bijoux de famille »), si ce patrimoine est utilisé conformément aux objectifs affichés (en particulier le développement du logement social, comme outil de fidélisation du personnel hospitalier) et si les hôpitaux valorisent suffisamment ces biens.

D'ores et déjà la MECSS qui a adopté à l'unanimité le 25 mai 2010 un rapport sur l'hôpital intitulé « Mieux gérer, pour mieux soigner » a estimé qu'il convenait de procéder à un inventaire du patrimoine hospitalier et qu'il serait intéressant de réfléchir à la création d'un office public national de gestion du patrimoine immobilier hospitalier pour aider les établissements à progresser dans ce domaine.

Au regard de l'urgence d'optimiser rapidement la gestion de notre système de santé, le présent amendement propose que l'ANAP s'investisse dès à présent dans ce nécessaire chantier.