

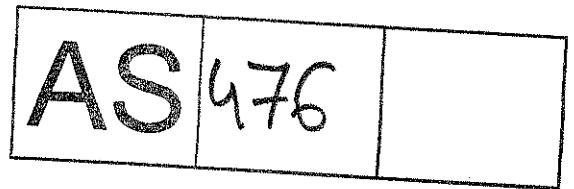
Le 19 octobre 2011

Commission des affaires sociales

Projet de loi n° 3790 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

Amendements reçus par la commission

Liasse 4 / 6



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012

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

Article 36

A l'alinéa 5, substituer aux mots :

« Il est créé un fonds d'intervention régional. Ce fonds finance »

les mots :

« Un fonds d'intervention régional finance ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel

Projet de loi n°3790 relatif au financement de la sécurité sociale pour 2012

AMENDEMENT

présenté par

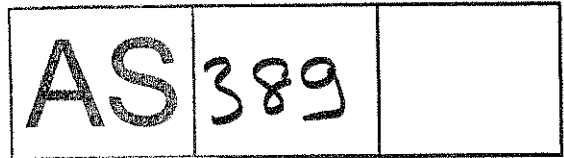
Mme Anny Poursinoff, M. ~~Philippe Fournier, M. Jean-Louis B.~~

Article 36

A l'alinéa 5, après le mot : « structures », insérer : « publiques ou privées à but non lucratif »

EXPOSE DES MOTIFS

Le gouvernement actuel souhaitant réduire les dépenses de santé, il serait cohérent de réserver les moyens de financement des politiques au travers du Fonds d'intervention régional (FIR) aux structures publiques et privées à but non lucratif.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti,
rapporteuse pour le secteur médico-social**

Article 36

Rédiger ainsi l'alinéa 7 :

« 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des services et à des établissements de santé et médico-sociaux ou des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique ; »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'exposé des motifs de l'article 36 créant le fonds d'intervention régionale souligne « *l'ambition d'une vision globale de la santé et d'un découplage entre les logiques de soins et de prévention, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le social* ».

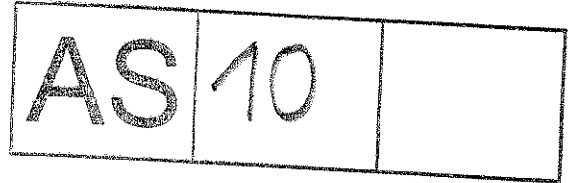
Les services médico-sociaux, pourtant acteurs clés du secteur et de ces problématiques, ne sont pas cités expressément dans les bénéficiaires de ce fonds.

Le présent amendement vise à faire mention des services médico-sociaux dans les exemples de structures pouvant bénéficier d'aides du fonds, au même titre que les établissements.

Projet de Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

N° 3790

Commission	
Gouvernement	



AMENDEMENT

Présenté par Rémi DELATTE

Député

Rédiger ainsi l'alinéa 7

ARTICLE 36

L'article 36 est ainsi modifié :

~~La 1^{re} phrase de l'article L. 162-48, après les mots « à des regroupements de ces professionnels », est complétée par les mots : « et à des services et à des établissements de santé et médico-sociaux ou des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique ; »~~

« 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des services et à des établissements de santé et médico-sociaux ou des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique ; »

Exposé sommaire

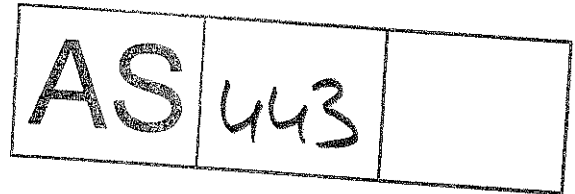
« Le fonds d'intervention régional finance des actions et des expérimentations décidées par les agences régionales de santé en faveur de la performance, de la qualité, de la coordination et de la permanence des soins, ainsi qu'en faveur de la prévention, de la promotion de la santé et de la sécurité sanitaire ».

L'exposé des motifs met en évidence « l'ambition d'une vision globale de la santé et d'un décloisonnement entre les logiques de soins et de prévention, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le social ».

Dans l'article L 162-48 tel qu'il est rédigé dans le Projet de Loi de financement de la Sécurité sociale 2012, les services médico-sociaux, pourtant acteurs clés du secteur et de ces problématiques, ne sont pas cités expressément dans les bénéficiaires de ce fonds.

Il y a donc un décalage entre la rédaction du texte et les objectifs affichés.

Le présent amendement vise à faire mention des services médico-sociaux dans les exemples de structures pouvant être financées, au même titre que les établissements, afin de sécuriser le champ d'application.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2012

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

Article 36

À l'alinéa 7, après les mots :

« à des centres de santé, »

insérer les mots :

« à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à mentionner explicitement les pôles de santé, les maisons de santé et les réseaux de santé, qui ont naturellement vocation à être bénéficiaires des financements du fonds au titre de leur action pour la qualité et la coordination des soins.

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement n°26 présenté par M. Jean-Marie Rolland

L'article 36 est ainsi modifié :

À l'alinéa 7
“ ”

~~Après les termes de l'article L. 142-13,~~ après les termes centres de santé sont ajoutés les termes « à des services et » :

Exposé des motifs

« Le fonds d'intervention régional finance des actions et des expérimentations décidées par les agences régionales de santé en faveur de la performance, de la qualité, de la coordination et de la permanence des soins, ainsi qu'en faveur de la prévention, de la promotion de la santé et de la sécurité sanitaire ».

L'exposé des motifs met en évidence « l'ambition d'une vision globale de la santé et d'un découplage entre les logiques de soins et de prévention, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le social ».

Dans l'article ~~L. 142-13~~ tel qu'il est rédigé dans le Projet de Loi de financement de la Sécurité sociale 2012, les services médico-sociaux, pourtant acteurs clés du secteur et de ces problématiques, ne sont pas cités expressément dans les bénéficiaires de ce fonds.

Il y a donc un décalage entre la rédaction du texte et les objectifs affichés.

Le présent amendement vise à faire mention des services médico-sociaux dans les exemples de structures pouvant être financées, au même titre que les établissements, afin de sécuriser le champ d'application.

AS	67	
----	----	--

ASSEMBLÉE NATIONALE

Projet de loi n°3790 relatif au financement de la sécurité sociale pour 2012

AMENDEMENT

présenté par

Mme Anny Poursinoff, ~~Mme Françoise Bonnet, Mme Marie-Françoise Fournier, Mme~~

Article 36

A l'alinéa 7, après les mots : « centres de santé, », insérer : « à des services et à »

EXPOSE DES MOTIFS

Les auteurs de cet amendement souhaitent s'assurer que les services médico-sociaux, acteurs clés du secteur, puissent bénéficier du Fonds d'intervention régional au même titre que les établissements publics et privés non lucratifs.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

(n°3790)

AMENDEMENT

présenté par

AS	347	
----	-----	--

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

ARTICLE 36

A l'alinéa 7, après les mots

« centres de santé »

Sont ajoutés les termes

« à des services et ».

EXPOSE DES MOTIFS

Les auteurs de cet amendement souhaitent ainsi s'assurer que les services médico-sociaux sont bien compris dans ce dispositif.

AS	477	
----	-----	--

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012**

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

Article 36

A l'alinéa 7, substituer aux mots :

« établissements de santé et médico-sociaux »

les mots :

« établissements de santé ou médico-sociaux »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision rédactionnelle.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

(n°3790)

AMENDEMENT

présenté par

AS	348	
----	-----	--

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

ARTICLE 36

A l'alinéa 7, après les mots

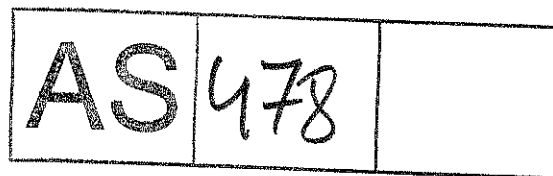
« médico-sociaux »

Ajouter les mots

« publics ou privés non lucratifs »

EXPOSE DES MOTIFS

Les auteurs de cet amendement ne souhaitent pas que ce Fonds d'intervention régional puisse bénéficier à des établissements privés lucratifs.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012**

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

Article 36

A l'alinéa 11, insérer après le mot :

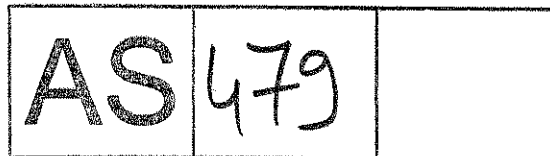
« prévention »

les mots :

« des malades ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision et de cohérence rédactionnelle avec
l'alinéa 20 du même article.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012**

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

Article 36

A l'alinéa 11, insérer après le mot :

« santé »

les mots :

« , l'éducation à la santé »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de cohérence rédactionnelle avec l'alinéa 20.

AS	480	
----	-----	--

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

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

Article 36

Après l'alinéa 12, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« 8° la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de cohérence rédactionnelle avec l'alinéa 21.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	96	
----	----	--

ARTICLE 36

Après l'alinéa 12

~~Il est ajouté un 8°~~ ajouter un 8° ainsi rédigé :

8° « L'amélioration des parcours de soins des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques par des actions visant à assurer un juste recours à l'hospitalisation en organisant une continuité de prise en charge entre les professionnels, les établissements et structures sanitaires ou médico-sociales ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les travaux du Haut conseil de l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur la prise en charge des personnes âgées ont confirmé la nécessité de décloisonner notre système de soins afin d'assurer un continuum de prise en charge des patients entre médecine de ville et hôpital, entre sanitaire et médico-social. Pour y parvenir, il convient d'améliorer le parcours des patients dans notre système de soins de manière à lui offrir la prise en charge la plus adaptée à sa situation au meilleur coût pour la collectivité.

Dans ce cadre, le Fonds d'intervention régional (FIR) doit pouvoir financer des actions innovantes visant à améliorer le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques ou de pathologies lourdes. Le but est de sortir de l'approche institutionnelle actuelle et du cloisonnement des circuits de financement pour adopter une véritable logique de projet, éventuellement dans le cadre de partenariat public-privé.

Tel est l'objectif de l'amendement proposé.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012
AMENDEMENT N° 13

présenté par Valérie BOYER, [REDACTED], Dominique TIAN, [REDACTED]

Article 36

l'alinéa 12

Après [REDACTED], ajouter :

« 8° Les programmes d'éducation thérapeutique autorisés ».

Exposé des motifs

L'éducation thérapeutique est un sujet majeur de santé publique.

Or devant le développement continu et l'ampleur des pathologies chroniques, les patients rencontrent de grandes difficultés pour accéder aux programmes d'éducation thérapeutique.

Outre la nécessité d'un large travail de formation des soignants, la réponse à l'accroissement des pathologies chroniques doit également passer par une forte collaboration entre les différents établissements hospitaliers et les structures SSR ou de proximité qui développent des programmes d'éducation thérapeutique.

En effet, au regard de la nature de leurs missions pour l'autonomie et la réinsertion des patients, les structures de SSR ont toujours agi en suivant une logique d'éducation thérapeutique qui fait partie de leurs missions. Les établissements de soins de suite et de réadaptation sont ainsi les plus concernés par l'éducation thérapeutique qui constitue une des missions obligatoires, ainsi que le précise le décret du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation (Rapport au Premier Ministre de Monsieur Denis Jacquat, « Education thérapeutique du patient, Propositions pour une mise en œuvre rapide et pérenne », Juin 2010).

À travers leurs durées d'hospitalisation et leurs modes de prise en charge, les établissements privés de SSR constituent des lieux privilégiés pour développer des actions et/ou des programmes d'éducation thérapeutique, tels qu'ils sont autorisés par les agences régionales de santé.

Il s'agit des seules structures hospitalières assurant des prises en charge de 3 à 4 semaines en la matière, période nécessaire pour favoriser l'apprentissage et développer efficacement l'autonomie du patient vis-à-vis de sa maladie. L'approche globale et pluridisciplinaire des maladies chroniques ne peut qu'optimiser les prises en charge développées autour de programmes d'éducation thérapeutique.

Pour faire face à ces enjeux, de nombreux établissements SSR privés ont ainsi effectué des investissements conséquents dans la mise en place de ces prises en charge.

Mais en l'absence de déploiement complet de la tarification à l'activité, les établissements financés sous OQN (ce qui est le cas des établissements de SSR privés) ne peuvent bénéficier d'un financement MIGAC des programmes d'éducation thérapeutique autorisés.

Il est nécessaire d'y remédier afin que ces établissements puissent bénéficier, par l'intermédiaire du Fonds d'intervention régional, d'une juste reconnaissance de leurs implications.

PROJET DE LOI

AS	38	
----	----	--

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement ~~13~~ présenté par M. Jean-Marie Rolland

A l'article 36, ~~il est inséré un dernier alinéa à l'article 142-10 du code de la sécurité sociale.~~

Après l'alinéa 13, insérer l'alinéa suivant :

« L'utilisation des crédits du fonds par les agences régionales de santé fait l'objet d'un bilan annuel dans l'annexe 7 du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Ce bilan comporte l'avis sur l'utilisation des fonds, recueilli auprès des fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée, au niveau régional. »

EXPOSE DES MOTIFS

La création du fonds d'intervention régional (FIR) vise un décloisonnement entre le sanitaire, médico-social et des logiques de soins et de prévention et rassemble des crédits de fonds existants (FMESPP, FIQCS, ...). Ces missions sont étendues et l'utilisation de ces crédits ainsi que leur destination finale méritent d'être explicitées auprès des parlementaires, d'une part, et des fédérations hospitalières publiques et privées au plan régional.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AS	97	
----	----	--

ARTICLE 36

A l'alinea 17

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans la mesure où le FIR sera amené à financer des projets impliquant le secteur sanitaire et médico-social (et notamment au titre du 8°) dans une logique de décloisonnement, il convient de prévoir une dotation annuelle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	98	
----	----	--

ARTICLE 36

Après l'alinéa 18

~~Après l'alinéa 18~~, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« La clé de répartition entre les différents contributeurs est définie par décret. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans un souci de transparence, il convient de fixer une clé de répartition entre les différents organismes financeurs. Tel est l'objet de cet amendement.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	99	
----	----	--

ARTICLE 36

Après l'alinéa 21, insérer l'alinéa suivant:

« 3° Les ressources du fonds sont centralisées sur le compte bancaire de l'ACOSS »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Afin d'éviter qu'apparaissent un solde de trésorerie positif du futur Fonds d'intervention régional, comme ce fut le cas de manière très importante pour les deux Fonds qu'il englobera (FICQS et en particulier FMESPP), il importe de prévoir les modalités de centralisation de ses ressources sur le compte bancaire de l'ACOSS, ce qui permettra à cette dernière d'avoir une meilleure visibilité de l'ensemble de la trésorerie de ce nouveau Fonds.

PROJET DE LOI

AS	36	
----	----	--

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement  présenté par M. Jean-Marie Rolland

À l'article 36, alinéa 23, ajouter une phrase ainsi rédigée:

« Les modalités de répartition des crédits en fonction des régions sont annexées à l'arrêté.

EXPOSE DES MOTIFS

L'article 36 prévoit la création d'un fonds d'intervention régional.

La répartition régionale des crédits du fonds sera fixée chaque année par arrêté sur proposition du conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Il est indispensable que les modalités de répartition de ces crédits entre les régions soient explicitées et jointes en annexe de l'arrêté, permettant ainsi de justifier les choix budgétaires, et en particulier les différences inter régionales.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790
Amendement n°

AS	218	
----	-----	--

Présenté par Jean Luc PREEL, Claude LETEURTRE

Article 36

A l'article 36, alinéa 23, ajouter une phrase ainsi rédigée: « Les modalités de répartition des crédits en fonction des régions sont annexées à l'arrêté ».

Exposé des motifs

L'article 36 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit la création d'un **fonds d'intervention régional**. La répartition régionale des crédits du fonds sera fixée chaque année par arrêté sur proposition du conseil national de pilotage des agences régionales de santé. Il est indispensable que les modalités de répartition de ces crédits entre les régions soient explicitées et jointes en annexe de l'arrêté, permettant ainsi de justifier les choix budgétaires, et en particulier les différences inter régionales.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	100	
----	-----	--

ARTICLE 36

L'alinéa 25

Rédiger ainsi [REDACTED]

«Les crédits sont alloués, au titre des 2°, 3°, 4°, 6° et 8° de l'article L.1435-8 dans un le cadre d'un appel à projets sur la base d'un cahier des charges établi par le directeur général de l'agence régionale de santé. Une convention est signée entre l'agence régionale de santé et le bénéficiaire».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il convient, dans un souci de transparence, de préciser la manière dont les crédits du Fonds d'intervention régional sont alloués aux établissements, structures ou professionnels de santé.

Dans un souci de transparence et d'équité de traitement entre les acteurs, ces crédits doivent être alloués sur appel à projets sur la base d'un cahier des charges. Une convention doit ensuite être conclue entre le bénéficiaire et l'agence régionale de santé. Cette procédure mérite de figurer dans la loi et ne saurait relever du niveau réglementaire.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2012

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

Article 36

Après l'alinéa 25, insérer l'alinéa suivant :

« En vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds, ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'objectif de cet amendement est d'assurer qu'il soit rendu compte, sur une base annuelle, de l'utilisation de ce fonds au Parlement afin le cas échéant de pouvoir apporter les modifications et améliorations nécessaires à son fonctionnement optimal.

Un bilan, présenté au Parlement avant le 15 octobre de l'année n, retracera ainsi l'utilisation des crédits du fonds pour l'année n-1.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012**

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

Article 36

A l'alinéa 26, supprimer les mots :

« , sauf mention contraire, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision rédactionnelle.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

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

Article 36

I.- Au I, après l'alinéa 30, insérer un 5°*bis* ainsi rédigé :

« 5°*bis* L'article L. 6112-3-2 est abrogé »

II. – Insérer un VI ainsi rédigé :

« VI. A titre transitoire et jusqu'à l'entrée en vigueur du décret mentionné à l'article L. 1435-11 du code de la santé publique, pour sa participation à la mission de service public mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 dans un établissement de santé assurant cette mission, le médecin libéral qui exerce une spécialité médicale répertoriée dans le contrat mentionné au neuvième alinéa de l'article L. 6112-2 et selon les conditions fixées par ce contrat est indemnisé conformément aux modalités définies par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

En application de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 et de son ordonnance de coordination de 2010 (n° 2010-177 du 23 février 2010), le régime juridique et les modalités de financement de la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) ont été modifiés. Le nouveau régime juridique repose sur un dispositif commun aux secteurs public et privé fondé sur une contractualisation entre l'ARS et les établissements de santé publics et privés, s'intégrant dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Toutes les lignes de gardes et d'astreintes au titre de la PDSSES, sont dorénavant être financées par des crédits issus de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Afin de répondre à l'attente des médecins libéraux, il a été décidé de maintenir la possibilité d'un versement de leurs indemnités forfaitaires de garde et d'astreinte directement par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

Afin de répondre à l'attente des médecins libéraux, il a été décidé de maintenir la possibilité d'un versement de leurs indemnités forfaitaires de garde et d'astreinte directement par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

L'objet du présent amendement est, d'une part, d'abroger l'article L. 6112-3-2 du code de la santé publique qui deviendra sans objet à compter de la mise en œuvre du FIR et, d'autre part, de prévoir une période transitoire pendant laquelle les ARS pourront financer la permanence des soins en établissement de santé privé à but lucratif via la dotation MIG et sur la base de modalités transitoires déterminées par un texte d'application.

Les modalités de versement des forfaits seront en effet fixées par arrêté interministériel, qui sera publié au plus tard le 1^{er} janvier 2012 et sera applicable jusqu'à la publication de l'arrêté d'application du décret relatif au FIR. Il s'agira d'un versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins concernés par les caisses primaires d'assurance maladie sur mandatement et pour le compte des établissements attributaires de la mission de service public de permanence des soins.

Il convient de noter que la disposition transitoire reprend les termes de l'article L. 6112-3-2 qui permettait déjà de mettre en place ce circuit de versement, mais qui pouvait être source d'interprétations plus restrictives. Il est donc proposé, dans la rédaction de la disposition transitoire, d'explicitier les dispositions anciennement inscrites à l'article L. 6112-3-2, afin de permettre, sans ambiguïté, la mise en œuvre du circuit de versement envisagé.

Le décret d'application du FIR déterminera ensuite les modalités de versement des forfaits.

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement ~~33~~ présenté par M. Jean-Marie Rolland

Le I de l'article 36 est complété comme suit :

Après l'alinéa 33

« A l'article 162-48 du code de la sécurité sociale il est inséré un dernier alinéa rédigé comme suit :

Lorsque les actions concernent les personnels des établissements de santé privés, notamment par des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de reconstitution et de modernisation, une convention est établie entre le fonds et les établissements concernés, 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. Cette convention est approuvée par le ou les directeurs d'agence régionale de santé compétents ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

Dans le cadre du transfert au fonds d'intervention régional du financement d'actions relevant jusqu'à présent du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, il est important pour les établissements de santé privés non lucratifs de voir à cette occasion lever les obstacles juridiques qui les pénalisent aujourd'hui dans leur accès aux aides aux restructurations qui peuvent être apportées par le FMESPP.

L'objet du présent amendement est de lever les blocages qu'ont rencontré les établissements de santé privés non lucratifs en ce qui concerne le bénéfice des aides dites « individuelles » destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de reconstitution et de modernisations, qui peuvent s'inscrire dans les actions visées au 5° du nouvel article L.162-48 du code de la sécurité sociale.

En effet, la rédaction législative relative au FMSP n'ayant pas explicitement prévu que la mise en application de ces mesures devait prendre en considération les adaptations nécessaires pour des établissements et des relations contractuelles régis par le droit privé, se sont fait jour des difficultés juridiques au niveau réglementaire, puisque le décret de 2001, modifié en 2008, prévoit que le FMSP « verse aux agents concernés » les indemnités de départ volontaire (IDV).

Le présent amendement propose donc de préciser la rédaction législative, à l'occasion de la création de fonds d'intervention régionaux, afin d'éviter la reconduction malencontreuse d'une interprétation qui a abouti, in fine, en toute inéquité, à évincer du bénéfice de ces actions les établissements de santé privés non lucratifs.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790

Amendement

Présenté par

Jean Luc PREEL Claude LETEURTRE, [REDACTED] et les [REDACTED] du

groupe Nouveau Centre

commisaires

Article 36

Après l'alinéa 40 insérer un alinéa ainsi rédigé :

4° « A l'alinéa 4 de l'article L162-48, après les termes centres de santé sont ajoutés les termes « à des services et » :

EXPOSE SOMMAIRE

« Le fonds d'intervention régional finance des actions et des expérimentations décidées par les agences régionales de santé en faveur de la performance, de la qualité, de la coordination et de la permanence des soins, ainsi qu'en faveur de la prévention, de la promotion de la santé et de la sécurité sanitaire ».

L'exposé des motifs met en évidence « l'ambition d'une vision globale de la santé et d'un décloisonnement entre les logiques de soins et de prévention, entre l'ambulatoire et l'hospitalier, entre le sanitaire et le social ».

Dans l'article L 162-48 tel qu'il est rédigé dans le Projet de Loi de financement de la Sécurité sociale 2012, les services médico-sociaux, pourtant acteurs clés du secteur et de ces problématiques, ne sont pas cités expressément dans les bénéficiaires de ce fonds.

Il y a donc un décalage entre la rédaction du texte et les objectifs affichés.

Le présent amendement vise à faire mention des services médico-sociaux dans les exemples de structures pouvant être financées, au même titre que les établissements, afin de sécuriser le champ d'application.

AS	482	
----	-----	--

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012**

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

Article 36

A l'alinéa 46, substituer au mot :

« visé »

le mot :

« mentionné ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision rédactionnelle.

AS	483	
----	-----	--

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012**

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

Article 36

A l'alinéa 47, substituer au mot :

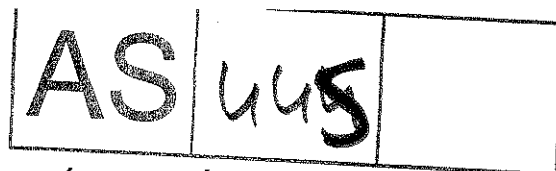
« visé »

le mot :

« mentionné ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision rédactionnelle.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2012

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

Article 36

I.- Après l'alinéa 47, insérer l'alinéa suivant :

« 3° la part régionale de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, prévue à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, correspondant aux crédits consacrés à la permanence des soins des établissements de santé et aux aides régionales à la contractualisation hors investissements. »

II.- À l'alinéa 48, substituer au chiffre :

« deux »,

le chiffre :

« trois »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'objectif de cet amendement est d'assurer que le FIR intègre, dès 2012, les crédits consacrés à la permanence des soins des établissements de santé et les aides régionales à la contractualisation, hors investissement, d'ores et déjà gérées par les ARS.

Cette marge de manœuvre régionale s'inscrit en effet totalement dans la logique et les objectifs du FIR, son intégration permettra de faire jouer à plein la recherche de complémentarités entre des financements aujourd'hui cloisonnés.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790

Amendement n°

Jean Luc PREEL Claude LETEURTRE

AS	175	
----	-----	--

Article 36

Après l'alinéa 48, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« *Le Directeur Général de l'ARS après avis de la Conférence régionale de santé doit pouvoir répartir l'enveloppe.* »

EXPOSE DES MOTIFS

Il relève de la compétence du Directeur Général de l'ARS de pouvoir répartir l'enveloppe.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790

Amendement n°

Présenté par

AS	181	
----	-----	--

Jean Luc PREEL Claude LETEURTRE

Article additionnel ^{après} ~~avant~~ l'article ~~36~~ ³⁶

Insérer l'article additionnel ainsi rédigé :

Le III de l'article 63 de la loi n°2010-1954 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 est modifié comme suit :

« III- Un rapport est établi annuellement et remis au Parlement le 1er octobre de chaque année concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable prévu à l'article L162-1-17 du même code pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge et du rapport bénéfices/risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des agences régionales de santé et les organismes d'assurance maladie. Ce rapport, et l'évaluation qu'il comporte, constituent un préalable nécessaire à toute généralisation éventuelle de la mesure d'accord préalable à de nouveaux actes. »

EXPOSE DES MOTIFS :

La LFSS pour 2011 a introduit en son article 63 une procédure d'accord préalable pour les transferts de patients d'établissements MCO vers les centres de soins de suite et de réadaptation.

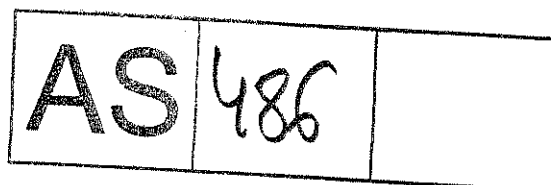
Ce dispositif repose sur des référentiels publiés par la Haute Autorité de Santé. A ce jour 4 types d'actes de rééducation sont susceptibles de donner lieu à cette mesure d'accord préalable.

La LFSS pour 2011 a également prévu qu'un rapport soit remis au Parlement le 1er octobre 2011 concernant l'évaluation de cette mesure pour les établissements de soins de suite et de réadaptation.
Ce rapport n'a pas été remis.

Il ne peut dans ces conditions être question de généraliser le dispositif de mesure d'accord préalable à de nouveaux actes, sans qu'il n'ait été procédé à une évaluation précise du dispositif à l'issue de sa première année, en terme économique, mais également de bénéfices/risques pour le patient.

Nonobstant cette circonstance, l'évaluation de la mesure d'accord préalable nécessite également d'être réalisée chaque année afin de s'assurer que le dispositif n'a pas pour effet de désorganiser la filière de soins compte tenu du rôle majeur et charnière joué par le secteur SSR dans la chaîne sanitaire.

A cet égard il faut rappeler que toute admission en structure de SSR est précédée d'une évaluation des besoins médicaux permettant de valider ou non l'adéquation de l'orientation (art. D 6124-177-5 du CSP). Les structures de SSR sont à ce titre soumises, à travers notamment le PMSI, à des contrôles d'adéquation continus de leurs patients. Une coupe transversale nationale réalisée par la CNAM en 2006 avait démontré que seul 1.5 à 2 % des patients admis en CRF étaient inadéquats.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

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

Article additionnel après l'article 36

I. - Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficience de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

II. - Dans ce cadre et en tant que de besoin, les expérimentations peuvent déroger aux dispositions suivantes :

A- article L. 6312-5 du code de la santé publique, en tant qu'ils concernent les conditions de réalisation des transports sanitaires urgents à la demande du service d'aide médicale urgente,

B- 6° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne les conditions de rémunération des entreprises de transport sanitaires dans le cadre de leur participation à la garde départementale et à la prise en charge des urgences pré-hospitalières. Les plafonds des montants des éléments de tarification des entreprises de transports sanitaires assurant la prise en charge des urgences pré-hospitalières, ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de ces rémunérations pour chaque région ou département participant à l'expérimentation sont fixés par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

III. - Les agences régionales de santé en lien avec les organismes locaux d'assurance maladie conduisent ces expérimentations. Ils déterminent les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la prise en charge des urgences pré-hospitalières à la demande du service d'aide médicale urgente en mobilisant l'ensemble des crédits affectés à cette prise en charge, comprenant les éléments de tarification et les crédits d'aide à la contractualisation affectés à l'indemnisation des services d'incendie et de secours en cas d'indisponibilité ambulancière en application de l'article L1424-42 du code général des collectivités territoriales.

A cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du SAMU et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous comité des transports sanitaires.

IV. - Une évaluation semestrielle de ces expérimentations, portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie.

V. - Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'État, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des entreprises de transport sanitaire concernées.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet de permettre l'expérimentation par une ou plusieurs Agences régionales de santé (couvrant une dizaine de départements) de nouvelles modalités d'organisation et de financement des transports urgents effectués par les entreprises de transports sanitaires privées à la demande de la régulation médicale du SAMU-centre 15.

Les modalités principales de prise en charge des transports urgents par les ambulanciers sont définies dans le cadre de la garde départementale. Cette organisation ne permet cependant pas de répondre aux besoins : on constate de nombreuses indisponibilités ambulancières, donnant lieu au financement d'interventions des sapeurs pompiers à hauteur de 18 millions d'euros en 2010 pour un service déjà payé aux ambulanciers dans le cadre du forfait de garde définie par convention nationale signée avec l'assurance maladie. En outre, elle est incomplète puisqu'elle ne concerne que les horaires de permanence des soins.

Cette situation résulte du manque de souplesse de l'organisation de la garde, qui est uniforme sur le territoire, et ne permet pas une adaptation fine des moyens aux besoins. Une meilleure coordination de l'organisateur (ARS) et du financeur (assurance maladie) permettrait d'utiliser la tarification des transports sanitaires urgents comme un levier structurant de l'organisation, et d'éviter des effets désincitatifs sur de nombreux territoires de par son caractère uniforme.

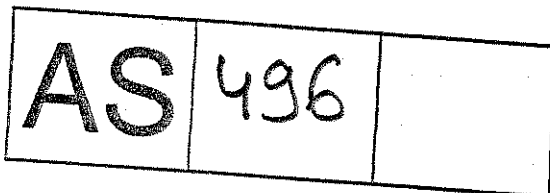
L'amendement a donc pour objectif de permettre aux ARS, en lien avec les CPAM, de définir une nouvelle organisation s'appuyant sur des modulations tarifaires et des modalités de financement adaptées aux contextes locaux.

En conséquence, la conduite des expérimentations nécessite de déroger aux règles d'organisation de la garde départementale fixée dans le code de la santé publique, ainsi qu'aux modalités de tarifications fixée dans la convention nationale signée entre l'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des entreprises de transporteurs sanitaires.

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2012 (N° 3790)**

Amendement présenté par M. Yves Bur

Article additionnel



Après l'article 36, insérer un article ainsi rédigé :

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

II. – Dans ce cadre et en tant que de besoin, les expérimentations peuvent déroger aux dispositions suivantes :

1° Article L. 6312-5 du code de la santé publique, en tant qu'il concerne les conditions de réalisation des transports sanitaires urgents à la demande du service d'aide médicale urgente ;

2° 6° de l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, en tant qu'il concerne les conditions de rémunération des entreprises de transport sanitaires dans le cadre de leur participation à la garde départementale et à la prise en charge des urgences pré-hospitalières. Les plafonds des montants des éléments de tarification des entreprises de transports sanitaires assurant la prise en charge des urgences pré-hospitalières, ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de ces rémunérations pour chaque région ou département participant à l'expérimentation sont fixés par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

III. – Les agences régionales de santé conduisent ces expérimentations en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie. Ils déterminent les conditions de rémunération des entreprises de transports sanitaires pour leur participation à la prise en charge des urgences préhospitalières à la demande du service d'aide médicale urgente en mobilisant l'ensemble des crédits affectés à cette prise en charge, comprenant les éléments de tarification et les crédits d'aide à la contractualisation affectés à l'indemnisation des services d'incendie et de secours en cas d'indisponibilité ambulancière en application de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales.

À cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous comité des transports sanitaires.

IV. – Une évaluation semestrielle de ces expérimentations, portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie.

V. – Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'État, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des organisations syndicales représentatives des entreprises de transport sanitaire concernées.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement a pour objet de permettre l'expérimentation par une ou plusieurs agences régionales de santé (couvrant une dizaine de départements) de nouvelles modalités d'organisation et de financement des transports urgents effectués par les entreprises de transports sanitaires privées à la demande de la régulation médicale du SAMU-centre 15.

Les modalités principales de prise en charge des transports urgents par les ambulanciers sont définies dans le cadre de la garde départementale. Cette organisation ne permet cependant pas de répondre aux besoins : on constate de nombreuses indisponibilités ambulancières, donnant lieu au financement d'interventions des sapeurs pompiers à hauteur de 18 millions d'euros en 2010 pour un service déjà payé aux ambulanciers dans le cadre du forfait de garde définie par convention nationale signée avec l'assurance maladie. En outre, elle est incomplète puisqu'elle ne concerne que les horaires de permanence des soins.

Cette situation résulte du manque de souplesse de l'organisation de la garde, qui est uniforme sur le territoire, et ne permet pas une adaptation fine des moyens aux besoins. Une meilleure coordination de l'organisateur (ARS) et du financeur (assurance maladie) permettrait d'utiliser la tarification des transports sanitaires urgents comme un levier structurant de l'organisation, et d'éviter des effets désincitatifs sur de nombreux territoires de par son caractère uniforme.

La mesure a donc pour objectif de permettre aux ARS, en lien avec les CPAM, de définir une nouvelle organisation s'appuyant sur des modulations tarifaires et des modalités de financement adaptées aux contextes locaux.

En conséquence, la conduite des expérimentations nécessite de déroger aux règles d'organisation de la garde départementale fixée dans le code de la santé publique, ainsi qu'aux modalités de tarifications fixée dans la convention nationale signée entre l'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des entreprises de transporteurs sanitaires.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790
Amendement n°

AS	213	
----	-----	--

Présenté par Jean Luc PREEL, Claude LETEURTRE

Article 37

Supprimer cet article 37

Exposé des motifs :

L'expérimentation telle qu'elle est envisagée ne permet pas de garantir la reconnaissance du niveau de dépendance et des besoins en soins médico-techniques requis par les résidents, entraînant une insécurité importante pour les établissements et leur financement au titre de l'assurance-maladie.

Les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du 6° de l'article L 312-1 du code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) font en effet l'objet d'un financement ternaire qui se traduit, aux termes de la Loi (article L.314-2 du CASF) par le versement d'un forfait global relatif aux soins par l'assurance-maladie, d'un forfait global relatif à la dépendance par le conseil général et de tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement acquittés par le résident. Ces structures restent néanmoins des entités juridiques uniques et leur fonctionnement ne peut être appréhendé sous l'angle unique de la source de financement.

La qualité et l'efficacité de la prise en charge des personnes âgées accueillies doit s'apprécier de manière globale au regard notamment des évaluations prévues à l'article L.312-8 du CASF dont les premiers résultats sont attendus en 2014 et devront faire l'objet d'une analyse approfondie afin de permettre de dégager des outils et des indicateurs pertinents, entrant dans la détermination de l'allocation de ressources des EHPAD, si telle est la volonté du Gouvernement et du Parlement. Mais il n'est pas concevable qu'un « blanc seing juridique » soit ainsi apporté par l'article 37 pour l'organisation des financements d'assurance-maladie du secteur des EHPAD, qui a eu beaucoup à souffrir, de même que les Conseils Généraux pour leur part, aux fortes restrictions imposées en 2010 et en 2011.

Par ailleurs, les conditions de modulation des montants des éléments de tarification afférents aux soins sont déjà prévus à l'article L.314-9 du CASF par renvoi à l'article L.314-2 du CASF dont les dispositions sont actuellement inopérantes dans l'attente de la publication du décret relatif à la tarification des EHPAD. Il convient donc, tout d'abord, de s'attacher à engager la mise en application des éléments de la tarification des EHPAD introduits par l'article 63-III de la LFSS pour 2009 et d'en apprécier, à moyen terme, les effets, avant de produire de nouveaux critères de modulation sur la base d'outils et d'indicateurs aujourd'hui inconnus et encore moins validés scientifiquement. Il n'est pas possible d'anticiper ici les résultats des évaluations internes et externes menées dans les établissements sociaux et médico-sociaux à l'horizon 2014. Enfin, des comités de réévaluation des outils PATHOS et AGIRR sont en cours de production de travaux dont il faudra nécessairement tenir compte dans le cadre de ce type d'expérimentations, dans un objectif de moyen ou long terme. Pour ces motifs, il est proposé la suppression de cet article.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012
(n°3790)

AMENDEMENT

présenté par

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

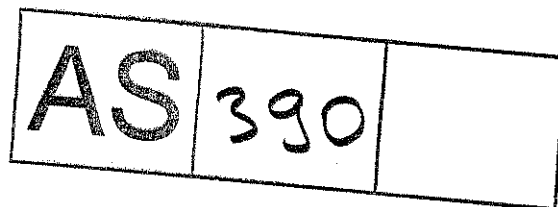
AS	349	
----	-----	--

ARTICLE 37

Supprimer cet article.

EXPOSE DES MOTIFS

La mise en place de la T2A ayant creusé le déficit des hôpitaux publics et mécaniquement poussé à la dégradation de la prise en charge des patients, les auteurs de cet amendement s'opposent à sa mise en place, ou à toute expérimentation qui irait dans ce sens, dans le cadre des EPHAD.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti,
rapporteure pour le secteur médico-social**

Article 37

Dans l'alinéa 1, substituer aux mots :

« à l'article L. 314-2 »,

les mots :

« au I de l'article L. 313-12 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

AS	102	
----	-----	--

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 37

I- Au 2^{ème} alinéa de l'article, après les mots :

« par les dispositions du 1^o de cet article »

Insérer les mots :

« et aux règles strictes de calcul du montant des éléments de tarification afférents aux soins mentionnés au 1^o de l'article L. 314-9 du même code »

II- Les pertes éventuelles de recettes pour les régimes et organismes de sécurité sociale résultant du I sont compensées à due concurrence par le produit d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts créée à cet effet.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'amélioration continue de la qualité des soins et de l'efficience de la gestion des dotations soins par les gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes doit être recherchée tant par les pouvoirs publics que par les gestionnaires d'établissements.

Pour autant, le secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, en raison de son histoire, est marqué par une très forte disparité des moyens alloués sur les dotations soins.

Dès lors, il existe dans le secteur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes une rupture de l'égalité de traitement des personnes âgées hébergées devant l'Assurance maladie.

Les conventions tripartites de 2^{nde} génération, dites de pathossification, devaient notamment permettre d'allouer aux établissements leurs financements au regard du niveau de dépendance et de besoins en soins requis des résidents, conformément aux dispositions votées par le Parlement en 2008 et en 2009.

Or, la rédaction actuelle du 1^{er} aliéna de l'Article L. 314-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles, en faisant référence à la notion de modulation du montant des éléments de tarification afférents aux soins selon le niveau de dépendance et de besoins en soins requis des résidents, a conduit certaines DDASS puis certaines ARS à moduler à la baisse ou à la hausse la dotation soins des établissements au regard du montant qui aurait dû leur être alloué par la formule dite du GMPS.

Par conséquent, à Gir Moyen Pondéré (GMP) et à Pathos Moyen Pondéré (PMP) équivalents, les établissements ne bénéficient pas actuellement de la même dotation soins.

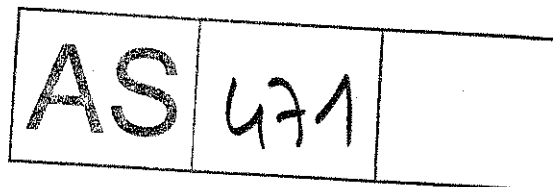
De plus, en raison du retard pris par les pouvoirs publics dans le renouvellement des conventions tripartites, de nombreux établissements ne sont toujours pas à la norme de tarification au GMPS.

Ces établissements, non pathossifiés, bénéficient par conséquent de dotations soins inférieures de 10% à parfois 30% aux dotations allouées aux établissements qui bénéficient de la tarification dite au GMPS.

Or, l'expérimentation telle qu'elle est prévue actuellement pourrait conduire à une aggravation de la situation de ces établissements et de la distorsion tarifaire déjà existante.

En effet, si elle se traduit par une augmentation à la hausse des tarifs applicables pour les établissements dont la qualité des soins est jugée plus satisfaisante, les établissements actuellement les moins bien dotés pourraient être doublement pénalisés : faute de pouvoir répondre aux critères qualitatifs de soins en raison d'une insuffisance de crédits, ils pourraient se voir allouer des dotations soins à la baisse. Ces établissements rentreraient alors dans un cercle vicieux : 90% de la dotation soins servant à financer le personnel de soins, toute baisse de la dotation induit une baisse du taux d'encadrement des résidents. Par conséquent, la baisse de la dotation de ces établissements engendrera une baisse de la qualité qui conduira à une nouvelle baisse de leurs dotations.

Aussi, la stricte prise en compte du Gir Moyen Pondéré (GMP) et du Pathos Moyen Pondéré (PMP) par les ARS dans l'allocation de la dotation soins doit être un préalable au lancement et à l'éventuellement généralisation de cette expérimentation.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

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

Article 37

À l'alinéa 2, après les mots :

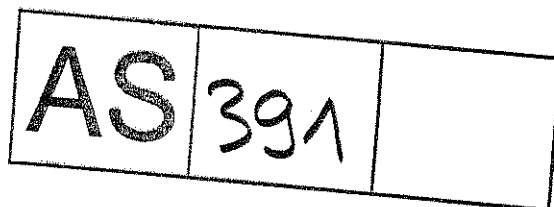
« cet article en introduisant »

Introduire les mots :

« , dans le respect de la déontologie des professions de santé, »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les professionnels de santé et en particulier les médecins exerçant dans les EHPAD ne doivent pas voir leur indépendance aliénée par des objectifs contraires aux intérêts des patients. Il convient de donc de préciser que l'expérimentation prévue par l'article 37 s'effectue dans le respect des principes déontologiques médicaux.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti,
rapporteuse pour le secteur médico-social**

Article 37

Dans l'alinéa 2, substituer au mot :

« modulation »,

le mot :

« majoration »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement prévoit que dans le cadre de l'expérimentation, la modulation du forfait soins en fonction de la qualité de la prise en charge des personnes âgées ne puisse se faire qu'à la hausse.

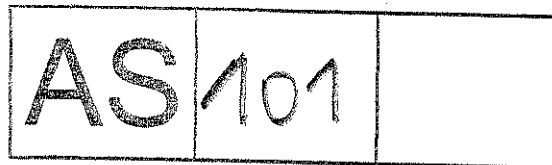
ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 37



I- Au deuxième alinéa, remplacer le mot : « modulation »
Par le mot : « majoration »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'amélioration continue de la qualité des soins et de l'efficience de la gestion des dotations soins par les gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes doit être recherchée tant par les pouvoirs publics que par les gestionnaires d'établissements.

A ce titre, l'article 37 présenté par le gouvernement prévoit la mise en œuvre d'une expérimentation qui permettrait de déroger au mécanisme d'allocation budgétaire prévue par l'article 63 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2009 (autrement dit la « tarification à la ressource ») sur la base d'indicateurs de performance et de qualité.

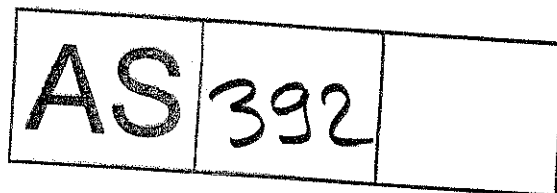
Ainsi, selon les propos de la Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale lors la présentation du PLFSS devant la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale, cette modulation devrait se traduire par la possibilité de majorer la dotation Assurance maladie des établissements au vue des valeurs desdits indicateurs.

Or l'utilisation du seul terme « modulé » pourrait conduire certaines ARS à minorer l'allocation soins des établissements dont les indicateurs seraient moins bons que les autres.

Sachant que la démarche de convergence votée par le législateur dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, complétée par celle de 2009, n'a pas été menée à son terme et que de nombreux établissements font encore l'objet de dotations soins bien inférieures à celles érigées en norme de financement, il apparaît fondamental de sécuriser l'achèvement de cette convergence et de ne pas conforter et pérenniser la « sous-dotation » historique desdits établissements.

En effet, la masse salariale représentant environ 90% d'une dotation soins, il est certain que des différences importantes de montants se traduisent inévitablement par des différences corrélatives en ratios de personnels soignants qualifiés, et dès lors, ne manqueront pas d'avoir un impact fort sur les variations d'indicateurs d'un établissement à l'autre.

Le présent amendement vise donc à proposer une modulation à la hausse au regard de la performance des établissements, sans pour autant remettre en cause la nécessaire convergence tarifaire à laquelle lesdits établissements prétendent. A défaut d'une telle précision, ce texte poserait le principe d'un maintien des différences et inégalités dans les allocations de ressources aux établissements, maintenant ainsi une véritable rupture d'égalité des citoyens (en l'occurrence les personnes âgées hébergées dans les EHPAD) devant l'Assurance maladie.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti,
rapporteure pour le secteur médico-social**

Article 37

Dans l'alinéa 4, substituer aux mots :

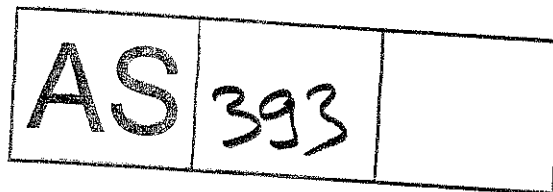
« Celles-ci »,

les mots :

« Les agences ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti,
rapporteuse pour le secteur médico-social**

Article 37

Dans l'alinéa 5, après les mots :

« régionales de santé et »,

insérer le mot :

« est ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790

Amendement

Présenté par

AS	219	
----	-----	--

Jean Luc PREEL Claude LETEURTRE, [REDACTED] et les [REDACTED] du
groupe Nouveau Centre

communes

Article additionnel après l'article 37

Il est inséré dans le code de l'action sociale et des familles, un article L.313-6-1 ainsi rédigé :
« Sans préjudice des articles L.7231-1 et L.7232-1 du code du travail, pour pouvoir prendre en charge des bénéficiaires de l'aide sociale, des allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie ou des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap, les services d'aide, d'accompagnement et de maintien à domicile non médicalisés doivent obtenir une autorisation du président du conseil général de leur département d'implantation dans les conditions précisées au présent chapitre »

Mesure législative sur la tarification dans un cadre contractualisé par les présidents des conseils généraux

Il est ajouté à l'article L.314-1 du code de l'action sociale et des familles, un X ainsi rédigé :

« X – Selon des règles et des modalités fixées par décret, les services d'aide, d'accompagnement et de maintien à domicile mentionnés à l'article L.313-6-1 sont tarifés par le président du conseil général sous la forme d'un forfait globalisé dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L.313-12-3.

Ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens constitue un acte de mandatement au sens de la directive européenne n°2006-123 du 12 décembre 2006 et il est conclu entre le président du conseil général du département d'implantation du service et l'organisme gestionnaire du service ou la personne morale mentionnée à l'article L.313-12-1 ».

Mesure législative sur la contractualisation pluriannuelle

Il est inséré dans le code de l'action sociale et des familles un article L.313-12-3 ainsi rédigé :

Article L.313-12-3

I – le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au X de l'article L.314-1 précise notamment :

1° le nombre annuel de personnes prises en charge, lequel prend en compte les facteurs sociaux et environnementaux et pour les services d'aide à domicile relevant du 6° du I de l'article L.312-1 de la grille nationale mentionnée à l'article L.232-3 ;

2° le plafonnement des heures autres que celles mentionnées au 1°) ;

3° les objectifs de qualification des personnels prenant en compte les conditions techniques de fonctionnement des services d'aide à domicile définies par décret pris en application du II de l'article L.312-1, et, le classement pour les services d'aide à domicile relevant du 6° du I de l'article L.312-1 dans la grille nationale mentionnée à l'article L.232-3 ;

4° les missions d'intérêt général, notamment en matière de prévention de la maltraitance, de prévention de la précarité énergétique, d'éducation et de prévention en matière de santé, de prévention des accidents domestiques, à assurer en lien avec les organismes compétents sur leur territoire d'intervention ;

5° la participation en tant qu'opérateur du schéma régionale de prévention prévu aux articles

L.1434-5 et L.1434-6 du code de la santé publique et par conventionnement avec les organismes de protection sociale complémentaire et les fonds d'action sociale facultative des caisses de sécurité sociale aux actions d'aide au retour et au maintien à domicile à la suite d'une hospitalisation. 1

II – Le forfait globalisé mentionné au X de l'article L.314-1 est évalué au regard des objectifs fixés en application du I du présent article.

Un arrêté ministériel définit et encadre les coûts de structure.

Les règles et les modalités d'actualisation chaque année pendant la durée du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui ne peut excéder 5 ans, sont précisées dans ledit contrat.

III - Chaque année, un dialogue de gestion est organisé par les parties signataires afin de mesurer l'atteinte des objectifs, d'analyser les écarts et, si nécessaire, réajuster les objectifs et les moyens dans le cadre d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

IV - les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

A noter : amendement sans incidence financière.

EXPOSE DES MOTIFS

Il s'agit de sécuriser la préfiguration de la réforme de la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Depuis février 2010, les élus de l'Association des départements de France (ADF) et les représentants du Collectif de l'aide à domicile ont entamé une véritable négociation partant de l'analyse des difficultés de fonctionnement et de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile, prestataires autorisés par les conseils généraux.

Les travaux menés ont été réalisés à partir du constat partagé d'une inégalité d'accès à l'aide à domicile sur le territoire, d'un pilotage départemental complexe (avec la coexistence de systèmes d'agrément et d'autorisation sans liens entre eux), de modalités de tarification inadéquates, du morcellement des plans d'aide sur le fonds d'augmentation continue du reste à charge supporté par les bénéficiaires.

Les principaux axes de la rénovation de l'autorisation portent sur une régulation contractualisée pluriannuelle, une recherche continue des équilibres entre contraintes financières des conseils généraux et obligations sociales des services envers leurs salariés et une mise en valeur des actions de prévention des services d'aide et d'accompagnement à domicile. La réforme participe à la réflexion plus générale sur l'aide à l'autonomie, la gestion des structures et leur avenir financier fondé sur une organisation rigoureuse délivrant des prestations de qualité.

Ce volet législatif permet une véritable refondation de l'aide à domicile prestataire. Le rapport de Mme Ratte remis à Mme Bachelot au printemps dernier dans le cadre du « débat national sur la dépendance », souligne qu'il s'agit de la seule proposition crédible. Il en va de même dans le rapport du Conseil économique, sociale et environnemental (CESE).

Les déficits structurels auxquels sont confrontés les acteurs de ce secteur économique, ont d'ores et déjà conduit de nombreuses structures à des déséquilibres financiers, voire des liquidations judiciaires, générant des ruptures d'aide, des suppressions d'emploi et une précarisation accrue des populations fragiles (personnes âgées, en situation de handicap, familles en difficulté sociale).

C'est pourquoi, la préfiguration de cette réforme sur une dizaine de départements doit être sécurisée d'un point de vue juridique : adopter cet amendement, qui n'a pas d'incidence financière sur le budget de l'Etat, le permettra.

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Amendement  présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article additionnel après l'article 37 :

Après la dernière phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, est ajoutée la phrase suivante : « Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs géographiques, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières qui doivent être assumées par les établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines charges immobilières et de prestations dans la zone considérée ».

EXPOSE DES MOTIFS

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant de sujétions financières spécifiques et objectives, tenant à la géographie. Cette démarche a été logiquement mise en place dans le secteur du court séjour hospitalier, avec la mise en place de la tarification à l'activité, et la rédaction de l'amendement s'y réfère (3° de l'article L 162-22-10 du code de la sécurité sociale). Dans la mise en œuvre préparatoire de la tarification à l'activité des soins de suite et de réadaptation, avec des modulations budgétaires, le Ministère de la Santé tient d'ores et déjà compte de pourcentages d'écart établis pour le court séjour (JO du 28 février 2010). Le pourcentage correcteur est de 5 % pour la Corse, 7% pour les départements d'Ile de France, 25 % pour les départements d'outre-mer à l'exception de la Réunion où il est porté à 30 %).

La géographie s'exprime notamment par des différences incontestables relatives au coût du foncier, mais en réalité cette charge spécifique s'exprime aussi quoiqu'indirectement dans un surcoût concernant les rémunérations servies de manière directe dans les départements d'outre-mer, avec des valeurs de point et des régimes indemnitaires particuliers, les loyers, les prestations de service et achats.

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

Cette proposition d'amendement avait été adoptée par le Sénat, lors de l'examen du PLFSS 2010, mais avait été malheureusement supprimée par la Commission Mixte Paritaire, au motif que les différences géographiques n'importaient pas les forfaits soins des maisons de retraite, ce qui n'est pas une lueur dans l'information donnée aux parlementaires (confer supra pour les DOM).

Cette disposition avait naturellement lieu de s'appliquer, lors de la mise en place de la réforme tarifaire des SSIAD (Soins infirmiers à domicile, ainsi que pour les tarifs, le fonds des Etablissement et Soins d'Aide par le Travail (CESAT).

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012
AMENDEMENT N° 5

présenté par Valérie BOYER, [REDACTED], Dominique TIAN, [REDACTED]

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 37, insérer l'article suivant :

Après la dernière phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, est ajoutée la phrase suivante : « Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs géographiques, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières qui doivent être assumées par les établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines charges immobilières et de prestations dans la zone considérée ».

EXPOSE DES MOTIFS

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant de sujétions financières spécifiques et objectives, tenant à la géographie. Cette démarche a été logiquement mise en place dans le secteur du court séjour hospitalier, avec la mise en place de la tarification à l'activité, et la rédaction de l'amendement s'y réfère (3° de l'article L 162-22-10 du code de la sécurité sociale). Dans la mise en œuvre préparatoire de la tarification à l'activité des soins de suite et de réadaptation, avec des modulations budgétaires, le Ministère de la Santé tient d'ores et déjà compte de pourcentages d'écart établis pour le court séjour (JO du 28 février 2010). Le pourcentage correcteur est de 5 % pour la Corse, 7% pour les départements d'Ile de France, 25 % pour les départements d'outre-mer à l'exception de la Réunion où il est porté à 30 %).

La géographie s'exprime notamment par des différences incontestables relatives au coût du foncier, mais en réalité cette charge spécifique s'exprime aussi quoiqu'indirectement dans un surcoût concernant les rémunérations servies de manière directe dans les départements d'outre-mer, avec des valeurs de point et des régimes indemnitaires particuliers, les loyers, les prestations de service et achats.

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

Cette proposition d'amendement avait été adoptée par le Sénat, lors de l'examen du PLFSS 2010, mais avait été malheureusement supprimée par la Commission Mixte Paritaire, au motif que les différences géographiques n'importaient pas les forfaits soins des maisons de retraite, ce qui n'est pas une lueur dans l'information donnée aux parlementaires (confer supra pour les DOM).

Cette disposition avait naturellement lieu de s'appliquer, lors de la mise en place de la réforme tarifaire des SSIAD (Soins infirmiers à domicile, ainsi que pour les tarifs, le fonds des Etablissement et Soins d'Aide par le Travail (CESAT).

Par ailleurs, la FEHAP souhaite qu'un rapport de l'IGAS puisse apporter une objectivation des coûts spécifiques des territoires d'ores et déjà pris en considération.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti,
rapporteuse pour le secteur médico-social**

Article additionnel

Après l'article 37, insérer l'article suivant :

« Avant le 30 juin 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les charges fiscales et sociales résultant des différentes obligations législatives et réglementaires auxquelles sont soumis les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes et les services de soins infirmiers à domicile en fonction de leur statut juridique ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes et les services de soins infirmiers à domicile supportent des charges sociales et fiscales qui varient selon leur statut juridique. Ainsi, les établissements publics ne cotisent pas à l'assurance chômage. Les centres communaux d'action sociale ne sont soumis ni à la taxe sur les salaires ni à la TVA.

Il est nécessaire d'y voir plus clair avant d'envisager toute mesure de compensation, les coûts liés à la fiscalité et au statut du personnel n'étant pas forcément tous identifiés.

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Amendement ~~XXXX~~ présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article additionnel après l'article 37 :

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

EXPOSE DES MOTIFS

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

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

- Les établissements publics hospitaliers ou autonomes, qui n'assument pas les mêmes charges sociales, et notamment celles de l'assurance chômage, que les établissements privés : un rapport de l'IGAS de 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'éviter que les établissements privés concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : les tarifs plafonds sont uniques et constituent d'ores et déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non remplacements d'effectifs, tandis qu'elles auraient à supporter par ailleurs un niveau supérieur de charges sociales et fiscales.

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.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012
AMENDEMENT N° 4

présenté par Valérie BOYER, ~~Jean-Marie LEROUX~~, Dominique TIAN, ~~Olivier Deque~~, ~~Isabelle Baudou~~

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 37, insérer l'article suivant :

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

EXPOSE DES MOTIFS

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

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

- Les établissements publics hospitaliers ou autonomes, qui n'assument pas les mêmes charges sociales, et notamment celles de l'assurance chômage, que les établissements privés : un rapport de l'IGAS de 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'éviter que les établissements privés concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : les tarifs plafonds sont uniques et constituent d'ores et déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non remplacements d'effectifs, tandis qu'elles auraient à supporter par ailleurs un niveau supérieur de charges sociales et fiscales.

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.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790

Amendement n°

AS

196

Présenté par Jean Luc PREEL, Claude LETEURTRE

Article 37

Après l'article 37 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2011, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

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

EXPOSE DES MOTIFS

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité. Les tarifs plafonds appliqués aux maisons de retraite sont identiques entre les établissements publics et privés alors que les écarts sont très importants entre : Les établissements publics hospitaliers ou autonomes, qui n'assument pas les mêmes charges sociales, et notamment celles de l'assurance chômage, que les établissements privés : un rapport de l'IGAS de 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'éviter que les établissements privés concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : les tarifs plafonds sont uniques et constituent d'ores et déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non remplacements d'effectifs, tandis qu'elles auraient à supporter par ailleurs un niveau supérieur de charges sociales et fiscales. 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.

AS	394	
----	-----	--

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti,
rapporteure pour le secteur médico-social**

Article additionnel

Après l'article 37, insérer l'article suivant :

L'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La convergence des tarifs vers les tarifs plafonds est suspendue jusqu'au 31 décembre 2012. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement propose la suspension de la convergence tarifaire des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) pendant un an.

En effet, dans la mesure où les réformes de tarification des EHPAD et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont été reportées, il serait cohérent de suspendre la convergence tarifaire des établissements, dans l'attente de décisions sur la tarification.

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 37

Insérer l'article suivant :

A l'article L 314 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « Ils intègrent l'objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions... », supprimer la fin du 6^e alinéa.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer le dispositif de convergence tarifaire dans les établissements médico-sociaux, notamment dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Lorsque les dotations soins des établissements dépassent un plafond, ces dotations sont diminuées. Ce mécanisme pourrait laisser penser que la dotation soins de certains EHPAD serait trop élevée. Ce qui ne correspond pas à la réalité.

En effet, les taux d'encadrement en personnel soignant restent insuffisants pour répondre aux besoins de soins requis par les personnes âgées hébergées en EHPAD. Ils ne sont que de 0,5 personnel pour 1 résident, alors que le Plan Solidarité Grand Age préconise qu'ils augmentent à 1 personnel pour 1 résident.

Ainsi, 35,5% des EHPAD publics en situation de convergence ont un taux d'encadrement inférieur à 0,3 soignants pour un résident ; 58,8% EHPAD en situation de convergence ont un taux d'encadrement en personnel soignant compris entre 0,3 et 0,6 soignants pour un résident. Seuls, 3,9% des EHPAD en situation de convergence ont un taux d'encadrement en personnel soignant supérieur à 0,6 soignants pour un résident.

La convergence tarifaire n'est pas donc pas justifiée dans le secteur des EHPAD et son application conduira à supprimer des postes de soignants en EHPAD, alors qu'ils ne sont déjà insuffisamment nombreux.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

(n°3790)

AMENDEMENT

présenté par

AS	361	
----	-----	--

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

~~37~~ 37 ARTICLE ADDITIONNEL

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

Après les mots « entre régions », la fin de la 2ème phrase du 2ème alinéa du II de l'article L314-3 du code de l'action sociale et des familles est supprimée.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à abroger la convergence tarifaire entre les établissements médico-sociaux publics et privés.

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement  présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article additionnel après l'article 37

I- Le code de l'Action Sociale et des Familles est ainsi modifié :

L'article L 314-8 est complété par un dernier alinéa rédigé comme suit :

« A compter du 1er janvier 2012 et pour une période ne pouvant pas excéder cinq ans, le directeur régional de l'agence régionale de santé peut être autorisé, le cas échéant conjointement avec les présidents de conseils généraux, à mener des expérimentations de dérogations tarifaires à l'échelle d'un territoire de santé en accord avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux présents sur ce territoire, dans l'objectif de décloisonner les parcours de soins et de fluidifier l'accompagnement des assurés sociaux.

Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat qui définit notamment les thèmes des expérimentations, les modalités des dérogations tarifaires, les modalités de l'appel à projet, le contenu des cahiers des charges ainsi que les mesures d'impact.

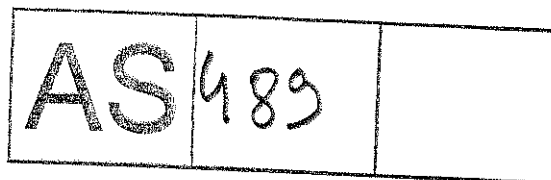
La Haute Autorité de Santé définit les éléments substantiels des cahiers des charges, en concertation avec des représentants des professionnels de santé, des représentants des usagers, l'ensemble des financeurs concernés et les fédérations d'établissements. La Haute Autorité de Santé s'appuie autant que de besoin sur l'expertise de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et celle de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Une mission parlementaire sera en charge du suivi de la mesure.

Une évaluation annuelle des expérimentations autorisées est réalisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et transmise au Parlement. »

EXPOSE DES MOTIFS

Il existe un fort potentiel d'optimisation de l'organisation des parcours de vie et de soins de nos concitoyens âgés et vulnérables, pour autant que l'on sache mobiliser le professionnalisme et la motivation de la communauté professionnelle.

Cet amendement a pour objectif de définir des projets pilotes dans certains territoires - sorte de « zones franches » - dans lesquelles des innovations administratives et financières pourraient permettre de construire de véritables décloisonnements des politiques en direction des personnes âgées - est une hypothèse stimulante qui mérite d'être expérimentée, à la condition de savoir embrasser à la fois le champ social, médico-social et sanitaire.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti,
rapporteuse pour le secteur médico-social**

Article additionnel

Après l'article 37, insérer l'article suivant :

« L'article L 314-8 du code de l'action sociale et des Familles est complété par les alinéas suivants :

« A compter du 1er janvier 2012 et pour une période ne pouvant pas excéder cinq ans, le directeur régional de l'agence régionale de santé peut être autorisé, le cas échéant conjointement avec les présidents de conseils généraux, à mener des expérimentations de dérogations tarifaires à l'échelle d'un territoire de santé en accord avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux présents sur ce territoire, dans l'objectif de décloisonner les parcours de soins et de fluidifier l'accompagnement des assurés sociaux.

Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat qui définit notamment les thèmes des expérimentations, les modalités des dérogations tarifaires, les modalités de l'appel à projet, le contenu des cahiers des charges ainsi que les mesures d'impact.

La Haute Autorité de Santé définit les éléments substantiels des cahiers des charges, en concertation avec des représentants des professionnels de santé, des représentants des usagers, l'ensemble des financeurs concernés et les fédérations d'établissements. La Haute Autorité de Santé s'appuie autant que de besoin sur l'expertise de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et celle de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Une mission parlementaire sera en charge du suivi de la mesure.

Une évaluation annuelle des expérimentations autorisées est réalisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et transmise au Parlement. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), établi sur la conduite de Denis Piveteau, a montré qu'il existe un fort potentiel d'optimisation de l'organisation des parcours de vie et de soins des personnes âgées en perte d'autonomie.

La proposition du HCAAM consiste à définir des projets pilotes dans certains territoires, dans lesquels des innovations administratives et financières pourraient permettre de décloisonner les politiques en direction des personnes âgées, entre champs social, médico-social et sanitaire.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012
AMENDEMENT N° 7

présenté par Valérie BOYER, [REDACTED], Dominique TIAN, [REDACTED]

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 37, insérer l'article suivant :

I- Le code de l'Action Sociale et des Familles est ainsi modifié :

L'article L 314-8 est complété par un dernier alinéa rédigé comme suit :

« A compter du 1er janvier 2012 et pour une période ne pouvant pas excéder cinq ans, le directeur régional de l'agence régionale de santé peut être autorisé, le cas échéant conjointement avec les présidents de conseils généraux, à mener des expérimentations de dérogations tarifaires à l'échelle d'un territoire de santé en accord avec les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux présents sur ce territoire, dans l'objectif de décloisonner les parcours de soins et de fluidifier l'accompagnement des assurés sociaux.

Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat qui définit notamment les thèmes des expérimentations, les modalités des dérogations tarifaires, les modalités de l'appel à projet, le contenu des cahiers des charges ainsi que les mesures d'impact.

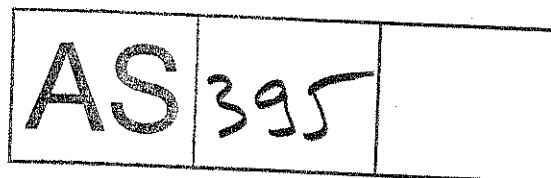
La Haute Autorité de Santé définit les éléments substantiels des cahiers des charges, en concertation avec des représentants des professionnels de santé, des représentants des usagers, l'ensemble des financeurs concernés et les fédérations d'établissements. La Haute Autorité de Santé s'appuie autant que de besoin sur l'expertise de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et celle de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Une mission parlementaire sera en charge du suivi de la mesure.

Une évaluation annuelle des expérimentations autorisées est réalisée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et transmise au Parlement. »

EXPOSE DES MOTIFS

Rejoignant pleinement le rapport remarquable du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM), établi sur la conduite de Denis Piveteau, la FEHAP estime aussi qu'il existe un fort potentiel d'optimisation de l'organisation des parcours de vie et de soins de nos concitoyens âgés et vulnérables, pour autant que l'on sache mobiliser le professionnalisme et la motivation de la communauté professionnelle.

La FEHAP estime que la proposition du HCAAM qui est de définir des projets pilotes dans certains territoires - sorte de « zones franches » dans lesquelles des innovations administratives et financières pourraient permettre de construire de véritables décloisonnements des politiques en direction des personnes âgées - est une hypothèse stimulante qui mérite d'être expérimentée, à la condition de savoir embrasser à la fois le champ social, médico-social et sanitaire.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti,
rapporteuse pour le secteur médico-social**

Article additionnel

Après l'article 37, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L.314-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 314-9.* – Au plus tard le 1^{er} janvier 2014, les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L.232-2.

« Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies, ainsi que des sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services.

« L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service, sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »



Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 qui intègrent les éléments de modulation précisés aux deux premiers alinéas sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise notamment les différentes dépenses médico-sociales prises en compte pour cette catégorie de services, sur la base des résultats d'une étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans le cadre de ses missions fixées au 11° du I de l'article L.14-10-1 ». »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les travaux en cours menés par le Ministère des solidarités et de la cohésion sociale relatifs à la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et personnes handicapées (SSIAD) mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L.312-1 du CASF souffrent de l'absence d'une base législative indispensable, support de la mise en application d'un système d'allocation de ressources ajusté selon les besoins en soins requis des patients et l'état de dépendance des personnes accueillies.

Le mode d'allocation de ressources modulé en fonction de l'état des personnes accueillies a été introduit dans le secteur des établissements pour personnes âgées dépendantes à l'appui d'une base législative consacrant, à l'article L.314-9 du CASF, le référentiel « PATHOS ».

Une disposition législative analogue doit en conséquence être adoptée préalablement à la publication d'un décret organisant la nouvelle tarification s'agissant des services de soins infirmiers à domicile.

Par ailleurs, cet amendement consacre la détermination des modalités de la tarification de ces services dans le cadre d'un décret en Conseil d'Etat au plus tard le 1^{er} janvier 2014, sur la base des résultats de l'étude nationale de coût réalisée par la CNSA dans le cadre des missions qui lui sont confiées à l'article L.14-10-1 du CASF. En effet, dès lors qu'une réforme tarifaire introduit des éléments de modulation des tarifs sur la base des services rendus à une population donnée, elle doit reposer sur des critères de coûts objectifs et légitimes déterminés sur la base d'un échantillon exhaustif de structures et selon une méthodologie scientifique et d'un recueil de données construit selon et validé.

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement  présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article additionnel après l'article 37:

« Il est inséré un article L.314-9-1 rédigé comme suit: *(code de l'action sociale et des familles)*

« Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L.232-2.

Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies, ainsi que des sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services.

L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service, sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 qui intègrent les éléments de modulation précisés aux deux premiers alinéas sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise notamment les différentes dépenses médico-sociales prises en compte pour cette catégorie de services, sur la base des résultats d'une étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans le cadre de ses missions fixées au 11° du I de l'article L.14-10-1 ».

EXPOSE DES MOTIFS

Les travaux en cours menés par le Ministère des solidarités et de la cohésion sociale relatifs à la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et personnes handicapées mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L.312-1 du CASF souffrent de l'absence d'une base législative indispensable, support de la mise en application d'un système d'allocation de ressources ajusté selon les besoins en soins requis

des patients et l'état de dépendance des personnes accueillies.

Le mode d'allocation de ressources modulé en fonction de l'état des personnes accueillies a été introduit dans le secteur des établissements pour personnes âgées dépendantes à l'appui d'une base législative consacrant, à l'article L.314-9 du CASF, le référentiel « PATHOS » mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 et la grille « AGGIR » mentionnée à l'article L.232-2 du même code, comme des éléments de modulation des montants déterminés dans le cadre la tarification.

Une mesure analogue doit en conséquence absolument être adoptée préalablement par le Parlement, s'agissant des services de soins infirmiers à domicile, et de toute autre catégorie de structures dont les modalités de détermination des montants de la tarification s'effectueraient dans le cadre d'une logique analogue.

Par ailleurs, cet article consacre la détermination des modalités de la tarification de ces services dans le cadre d'un décret en Conseil d'Etat, sur la base de la réalisation d'une étude nationale de coût réalisée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie dans le cadre des missions qui lui sont confiées à l'article L.14-10-1 du CASF. En effet, dès lors qu'une réforme tarifaire introduit des éléments de modulation des tarifs sur la base des services rendus à une population donnée, elle doit reposer sur des critères de coûts objectifs et légitimes déterminés sur la base d'un échantillon exhaustif de structures et selon une méthodologie scientifique et d'un recueil de données construit selon et validé.

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

Article additionnel

Après l'article 37 insérer un nouvel article ainsi rédigé :

Après l'article L312⁴⁻² du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L.314-9-1 rédigé ainsi :

«Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L.232-2, avant le 1^{er} janvier 2014.

Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies, ainsi que des sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services.

L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service, sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 qui intègrent les éléments de modulation précisés aux deux premiers alinéas sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise notamment les différentes dépenses médico-sociales prises en compte pour cette catégorie de services, sur la base des résultats d'une étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans le cadre de ses missions fixées au 11° du I de l'article L.14-10-1 ».

EXPOSE DES MOTIFS

Les travaux relatifs à la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et personnes handicapées mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L.312-1 du CASF souffrent de l'absence d'une base législative indispensable, support de la mise en application d'un système d'allocation de ressources ajusté selon les besoins en soins requis des patients et l'état de dépendance des personnes accueillies.

Le mode d'allocation de ressources modulé en fonction de l'état des personnes accueillies a été introduit dans le secteur des établissements pour personnes âgées dépendantes avec le référentiel « PATHOS » dans la LFSS 2006 et la grille « AGGIR », comme des éléments de modulation des montants déterminés dans le cadre la tarification.

Une disposition législative analogue doit être adoptée par le Parlement préalablement à la publication d'un décret organisant la nouvelle tarification, s'agissant des services de soins infirmiers à domicile, et de toute autre catégorie de structures à tarification analogue. Pour préparer une réforme tarifaire de cette importance, pour une politique de maintien/soutien à domicile en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, il convient que le décret tarifaire soit publié et expliqué aux professionnels bien en amont de la date de mise en œuvre effective.

Par ailleurs, cet article consacre la détermination des modalités de la tarification de ces services dans le cadre d'un décret en Conseil d'Etat au plus tard le 1^{er} janvier 2014, sur la base des résultats de l'étude nationale de coût réalisée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. En effet, dès lors qu'une réforme tarifaire introduit des éléments de modulation des tarifs sur la base des services rendus à une population donnée, elle doit reposer sur des critères de coûts objectifs et légitimes déterminés sur la base d'un échantillon exhaustif de structures et selon une méthodologie scientifique et d'un recueil de données construit selon et validé.

Il y a lieu ici de signaler que cette disposition législative adoptée par le Parlement (études nationales de coût de la CNSA) n'a fait l'objet, deux ans après, d'aucun commencement de mise en œuvre, pour les SSIAD comme pour les EHPAD, ou encore les structures pour enfants et adultes handicapés.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	104	
----	-----	--

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 37, ajouter un article ainsi rédigé :

Il est inséré au code de l'action sociale et des familles un article L.314-9-1 ainsi rédigé :

« Au plus tard le 1^{er} janvier 2014, les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L.232-2.

Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies, ainsi que des sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services.

L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service, sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 qui intègrent les éléments de modulation précisés aux deux premiers alinéas sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise notamment les différentes dépenses médico-sociales prises en compte pour cette catégorie de services, sur la base des résultats d'une étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, dans le cadre de ses missions fixées au 11° du I de l'article L.14-10-1 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les travaux en cours menés par le Ministère des solidarités et de la cohésion sociale relatifs à la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et personnes handicapées mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L.312-1 du CASF souffrent de l'absence d'une base législative indispensable, support de la mise en application d'un système d'allocation de ressources ajusté selon les besoins en soins requis des patients et l'état de dépendance des personnes accueillies.

Le mode d'allocation de ressources modulé en fonction de l'état des personnes accueillies a été introduit dans le secteur des établissements pour personnes âgées dépendantes à l'appui d'une base législative consacrant, à l'article L.314-9 du CASF, le référentiel « PATHOS » mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 et la grille « AGGIR » mentionnée à l'article L.232-2 du même code, comme des éléments de modulation des montants déterminés dans le cadre la tarification.

Une disposition législative analogue doit en conséquence absolument être adoptée par le Parlement préalablement à la publication d'un décret organisant la nouvelle tarification, s'agissant des services de soins infirmiers à domicile, et de toute autre catégorie de structures dont les modalités de détermination des montants de la tarification s'effectueraient dans le cadre d'une logique analogue. Bien évidemment et pour préparer une réforme tarifaire de cette importance, très sensible pour la cohérence et l'amplification de la politique de maintien/soutien à domicile en direction des personnes âgées et des personnes handicapées, il convient que le décret tarifaire soit publié et expliqué aux professionnels bien en amont de la date de mise en œuvre effective.

Par ailleurs, cet article consacre la détermination des modalités de la tarification de ces services dans le cadre d'un décret en Conseil d'Etat au plus tard le 1^{er} janvier 2014, sur la base des résultats de l'étude nationale de coût réalisée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie dans le cadre des missions qui lui sont confiées à l'article L.14-10-1 du CASF, ceci s'inscrivant dans la continuité des annonces de Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre des Solidarités et de la Cohésion Sociale. En effet, dès lors qu'une réforme tarifaire introduit des éléments de modulation des tarifs sur la base des services rendus à une population donnée, elle doit reposer sur des critères de coûts objectifs et légitimes déterminés sur la base d'un échantillon exhaustif de structures et selon une méthodologie scientifique et d'un recueil de données construit selon et validé.

Il y a lieu ici de signaler que cette disposition législative adoptée par le Parlement (études nationales de coût de la CNSA) n'a fait l'objet, deux ans après, d'aucun commencement de mise en œuvre, pour les SSIAD comme pour les EHPAD, ou encore les structures pour enfants et adultes handicapés.

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 38

Insérer l'article suivant :

« Supprimer l'article L314-7-1 du code de l'action sociale et des familles. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à abroger l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui a réformé en profondeur la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et notamment celle propre aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ces nouvelles dispositions sont retracées dans les articles L314-2 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Ces mesures ont d'abord impacté fortement la réglementation tarifaire des Ehpad puisque deux arrêtés sont déjà parus pour ces établissements et un projet de décret tarifaire est en cours de discussion avec la DGCS.

Les organisations représentatives du secteur médico-social déplorent l'ampleur des conséquences générées par cette réforme profonde dont les principes n'ont pas été débattus sur le fond ni été préalablement discutés avec les organisations représentatives du secteur.

D'autre part, la logique de cette réforme remet en cause les fondements de la procédure budgétaire et tarifaire et, plus globalement, les principes définis par les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 : le droit à compensation, le libre choix du mode de vie, citoyenneté, la démarche d'amélioration de la qualité, projet individuel.