

Projet de Loi de Financement pour la Sécurité Sociale pour 2014

-

*Propositions d'amendements de la
Fédération Hospitalière de France*

23 octobre 2013

Contact : Cédric ARCOS – Directeur de Cabinet (c.arcos@fhf.fr)

Amendements de la Fédération Hospitalière de France

Soutenir les établissements dans leurs efforts d'efficience

- 1) Financement des mesures nouvelles intervenant en cours d'année
- 2) Délai de Facturation des établissements de santé
- 3) Contrôle des séjours contigus dans le cadre des contrôles T2A
- 4) Optimisation de la gestion de trésorerie des établissements publics sociaux et médico-sociaux
- 5) L'attribution des bénéfices de la vente d'objets délaissés

Garantir un financement équitable des établissements publics sanitaires et médico-sociaux

- 6) Abrogation de la convergence tarifaire
- 7) Abrogation de la convergence tarifaire pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et pour les unités de soins de longue durée (USLD)
- 8) Suspension de la convergence tarifaire pour les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et pour les unités de soins de longue durée (USLD) (Amendement de repli)
- 9) Assurer l'équité de traitement entre établissements publics et privés dans la détermination du coefficient prudentiel
- 10) Définition de missions d'intérêt général médico-sociales pour les établissements et services relevant de l'article L312-1 6° du Code de l'action sociale et des familles.
- 11) Financement de la protection des majeurs protégés hébergés dans un établissement médico-social

Redonner de la transparence et de la lisibilité au système de financement

- 12) Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)
- 13) Transformation de l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) en Agence technique de l'information en Santé (ATIS)
- 14) Dégressivité des tarifs
- 15) Création d'un Comité d'évaluation de la mise en œuvre de la tarification à l'activité
- 16) Composition de la commission de contrôle dans le cadre des contrôles T2A
- 17) Composition des équipes de contrôle dans le cadre des contrôles T2A

Construire le service public de santé territorial

- 18) Rattachement des établissements publics aux collectivités territoriales
- 19) Financement des praticiens hospitaliers de territoire
- 20) Financement des hôtels hospitaliers
- 21) Accès aux soins de premier recours
- 22) Redevance des professionnels de santé libéraux et des praticiens libéraux intervenant dans les établissements publics de santé
- 23) Plateaux d'imagerie médicale mutualisée expérimentaux

Soutenir les établissements dans leurs efforts d'efficience

<p>1. Amendement relatif aux Mesures nouvelles intervenant en cours d'année</p>
--

Un article additionnel à l'article XXX du PLFSS est inséré, portant les dispositions suivantes :

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

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à garantir que les taux d'évolution de l'ONDAM intègrent systématiquement les mesures nouvelles décidées en cours d'année par le gouvernement. Ces taux d'évolution sont pris en considération dans la détermination des sous-objectifs hospitaliers

Chaque année, de nombreuses dispositions adoptées en cours d'année par les pouvoirs publics ont des conséquences financières importantes pour les établissements publics de santé : mises aux normes de nature diverse, mesures pour faire face à une crise sanitaire, revalorisations statutaires. Or, les hôpitaux publics devront faire face à d'importantes augmentations de leur charge en 2014 avec la suppression du jour de carence dont le surcoût est estimé à 70 millions d'euros. De même, la revalorisation de la catégorie C annoncée par la Ministre de la fonction publique engendrera un coût supplémentaire de l'ordre de 245 millions d'euros pour les établissements publics de santé.

En l'absence de financements spécifiques tant au niveau des tarifs que des différentes dotations, leur mise en œuvre entraîne des déséquilibres financiers importants pour les hôpitaux et contribue à alimenter leur déficit.

2. Amendement relatif au Délai de facturation des établissements de santé

L'article L.162-25 du Code de la sécurité sociale est supprimé.

~~« Par dérogation à l'article L. 332-1, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte. Le présent article s'applique aux prestations réalisées à compter du 1er janvier 2012. »~~

Exposé des motifs :

Le présent amendement vise à supprimer la réduction à un an du délai de facturation qui a été opposée aux établissements de santé dans le PLFSS 2012 et à les faire bénéficier du même délai de recouvrement que les assurés sociaux : délai de deux ans : article L332-1 du Code de la sécurité sociale).

La réduction à un an du délai de facturation prévu à l'article L162-25 du Code de la sécurité sociale revêt un caractère irréaliste et dangereux pour les établissements de santé. En effet, nombre d'établissements ne sont pas en capacité de facturer dans le délai d'un an prévu par ledit article dans la mesure où ce délai dépend largement d'autres acteurs :

- l'assurance maladie : bien souvent la demande d'ouverture de droits pour un patient en ALD, l'obtention d'une couverture sociale ou l'immatriculation d'un migrant sont des procédures chronophages, dont les délais s'imposent aux établissements, même à ceux dont les services d'admission/facturation et services sociaux sont performants. Or, la réactivité des caisses n'est pas encore un principe général.
- la trésorerie, qui est chargée du recouvrement des créances : l'expérience démontre que des injonctions réitérées du Trésor public peuvent finalement conduire un patient présumé payant à faire la preuve de sa couverture sociale à l'hôpital. Les titres émis initialement doivent alors être émis une nouvelle fois à l'encontre de l'Assurance Maladie, et le délai d'un an s'en retrouve gravement amputé

Au regard de ces enjeux, il apparaît urgent de supprimer ce délai d'un an qui se traduit dans de nombreux établissements par une impossibilité de facturer à temps et donc par la génération de nouveaux déficits.

3. Amendement relatif au **Contrôle des séjours contigus dans le cadre des contrôles T2A**

L'article L.162-22-6 du Code de la sécurité sociale est complété ainsi qu'il suit:

«Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements [...].

Ce décret précise :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

4° Les conditions particulières permettant de facturer deux séjours pour deux prises en charge contigües. »

Exposé des motifs :

Le présent amendement vise à répondre à la situation spécifique des établissements de santé multi-sites, qui, en l'état actuel de la réglementation, rencontrent de lourdes difficultés pour facturer plusieurs séjours pourtant réalisés par un même patient. Cette situation se traduit par des moins-values de recette qui pèsent inévitablement sur les résultats financiers des établissements de santé.

Les règles de facturation, liées à la tarification à l'activité, prévoient que les établissements de santé ne peuvent facturer qu'un seul séjour pour la prise en charge d'un patient, y compris pour les établissements multi-sites. Cette situation est particulièrement aberrante pour les gros établissements de santé (qui ont plusieurs sites mais qui n'ont qu'une seule personnalité juridique) qui ne peuvent pas facturer les séjours des patients qui bénéficient pourtant de plusieurs prises en charge en leur sein, sans pour autant changer d'entité juridique (APHP, HCL, APHM...).

L'application de cette règle pénalise les établissements de grande taille qui disposent de plusieurs sites géographiques ainsi que ceux engagés dans une politique active de coopération les conduisant à ne constituer qu'une seule entité juridique. Ainsi, lorsqu'un patient est transféré entre deux sites géographiques d'un même établissement pour plusieurs prises en charge (ex : un patient accueilli aux urgences d'un site A transféré dans un site B pour une chirurgie puis dans un site C pour sa rééducation), il est aujourd'hui dans l'impossibilité de facturer plusieurs séjours, alors même que plusieurs séjours sont réalisés.

Ceci est un frein évident aux coopérations et une incitation directe à de mauvaises pratiques de prise en charge.

4. Amendement relatif à
**L'optimisation de la gestion de trésorerie des établissements publics
sociaux et médico-sociaux**

Le deuxième alinéa de l'article L. 315-19 du Code de l'action sociale et des familles est supprimé et remplacé par :

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

- des dépôts de garantie reçus des résidents ;
- des fonds déposés par les résidents ;
- des recettes des activités annexes ;
- des recettes d'hébergement perçues du résident dans la limite d'un mois des recettes de l'espèce.

Les placements sont effectués en titres nominatifs pour lesquels est établi le bordereau de référence nominative prévu à l'article L.211-9 du code monétaire et financier, ou en valeur admises par la banque de France en garantie d'avance.

Les produits financiers réalisés sont affectés en réserves des plus-values nettes afin de financer les opérations d'investissement.

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

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à autoriser les établissements publics sociaux et médico-sociaux à placer leurs réserves de trésorerie pour accroître leur capacité à autofinancer leurs investissements.

Cette modification a été préconisée par le rapport d'information sur les suites données aux observations communiquées par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) présenté par Mme Paulette GUINCHARD et M. Pierre MORANGE en 2006.

Ce rapport a permis d'explicitier les mécanismes constitutifs du coût de séjour en maison de retraite afin de proposer des mesures permettant de le contenir. De manière structurelle, il s'agit d'optimiser les moyens financiers pour assurer un meilleur accompagnement individuel de la personne.

5. Amendement relatif à
L'attribution des bénéfices de la vente d'objets délaissés

L'alinéa 4 de l'article L1113-7 du Code de la santé publique est modifié ainsi qu'il suit :

« Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit **à l'établissement détenteur** ~~au Trésor public~~ cinq ans après la cession par l'administration chargée des domaines ou la remise à la Caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part du propriétaire, de ses représentants ou de ses créanciers. »

Exposé des motifs :

Le présent amendement vise à attribuer les bénéfices de la vente d'objets non réclamés aux établissements publics de santé qui en ont été les dépositaires.

Aujourd'hui, les objets laissés par les personnes hébergées et non réclamés reviennent aux établissements publics de santé dans deux cas seulement :

- s'il s'agit d'effets mobiliers appartenant à des personnes décédées dont les frais de prise en charge ou
- s'il s'agit d'objets dont la remise a été refusée par les services des domaines en raison de leur valeur inférieure aux frais de vente prévisibles.

Les objets de valeurs sont quant à eux remis à l'administration des domaines pour être vendus. Si personne (déposant, héritier, créancier) ne se manifeste dans un délai de cinq ans, suivant la cession des biens, les bénéfices de la vente sont acquis de plein droit au **Trésor public**.

La suppression du droit de préemption de l'Etat sur ces objets permettrait de restaurer un juste équilibre entre les droits et obligations des établissements. Le bénéfice systématique de la vente de ces objets au profit des établissements détenteurs serait la juste contrepartie financière des frais de gestion qu'ils engagent et des responsabilités qu'ils supportent en leur qualité de dépositaires.

Garantir un financement équitable des établissements publics sanitaires
et médico-sociaux

6. Amendement relatif à **L'abrogation de la convergence tarifaire**

Le premier paragraphe du III de l'article 33 du PLFSS est ainsi complété :

L'article L162-9.2 du code de la sécurité sociale est ainsi complété

« L'Etat peut fixer pour tout ou partie de prestation d'hospitalisation mentionnées au 1 de l'article L.162.22.6, **dont les tarifs sont fixés à partir de prévision de volume identique quelle que soit la catégorie d'établissement**, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volumes d'activité, **par nature d'activité médicale et sur la base de critère de santé publique** »

L'alinéa II bis de l'article L162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété ainsi qu'il suit :

« Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. ~~Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations~~ »

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à supprimer définitivement le mécanisme de la convergence tarifaire, que la précédente loi de financement de la sécurité sociale a, dans les faits, maintenue.

Conformément aux engagements du Président de la République, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a abrogé la convergence tarifaire. Dans le même temps, un article de la même loi de finance a introduit dans la loi le principe de modulation des tarifs en fonction de la catégorie d'établissement... réactivant de facto la convergence tarifaire.

C'est précisément cette disposition qui a permis au gouvernement, dans la campagne tarifaire 2013, de diminuer les tarifs des hôpitaux publics trois fois plus que les tarifs des cliniques lucratives. Cette convergence s'est ainsi élevée à 300 millions d'euros en 2013, là où elle était « seulement » de 100 millions d'euros en 2012. Cette situation a généré de lourdes incompréhensions au sein du monde hospitalier, incompréhensions qu'il est ici proposé de lever définitivement.

7. Amendement relatif à

L'abrogation de la convergence tarifaire pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et pour les unités de soins de longue durée (USLD)

L'alinéa II de l'article L314-3 du Code de l'action sociale et des familles est modifié de la façon suivante :

« II.- Le montant annuel mentionné au dernier alinéa du I ainsi que le montant des dotations prévues au troisième alinéa de l'article L. 312-5-2 sont répartis par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en dotations régionales limitatives.

Les montants de ces dotations sont fixés en fonction des besoins des personnes handicapées et âgées dépendantes, tels qu'ils résultent des programmes interdépartementaux mentionnés à l'article L. 312-5-1, et des priorités définies au niveau national en matière d'accompagnement des personnes handicapées et des personnes âgées. Ils intègrent l'objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions et l'objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services relevant de mêmes catégories, et peuvent à ce titre prendre en compte l'activité et le coût moyen des établissements et services. ~~Dans ce cadre, le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux.~~

~~Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les unités ou centres de soins de longue durée sont versées à l'établissement ou au service, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'unité ou le centre de soins de longue durée. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans une unité ou un centre le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.~~

~~Les sommes versées aux unités et centres de soins de longue durée pour le compte des différents régimes sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe cette répartition.~~

~~Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article. »~~

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à abroger le dispositif de convergence tarifaire dans le secteur médico-social qui met en péril la qualité des soins.

Le dispositif de convergence tarifaire, au sein notamment des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et unités de soins de longue durée (USLD), pose le principe d'une diminution des dotations soins des établissements lorsque celles-ci dépassent un plafond.

Or le niveau des dotations soins des EHPAD publics soumis actuellement à cette convergence ne légitime pas un tel dispositif : seuls 1,6% d'entre eux ont des ratios d'encadrement soignant supérieur à 0,5 (un soignant pour 2 résident) alors que le plan solidarité grand âge préconisait un soignant pour 1 résident. Le montant de la convergence totale, qui s'établit à plus de 88 millions d'euros, conduira à terme à la suppression de plus de 2 000 postes, soit une réduction nette du personnel disponible pour aider les résidents puisque seront directement visés les postes d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et d'infirmiers.

Ces chiffres montrent que les tarifs plafonds, fixés sans aucune concertation, l'ont été à un niveau trop bas. Une telle démarche constitue un véritable recul par rapport aux objectifs du plan solidarité grand âge – les établissements en situation de convergence sont en effet loin d'avoir atteint les niveaux d'encadrement recommandés par ce plan. Le mécanisme de convergence tarifaire, en retirant à ces établissements d'importants moyens financiers et donc à terme d'importants moyens humains, aboutira inévitablement à une diminution de la qualité des soins. Cette suppression doit s'opérer dans le cadre de la révision de l'outil d'évaluation des besoins des résidents en soins dénommé PATHOS actuellement à l'œuvre, révision qui pourrait permettre de réévaluer les tarifs plafonds définis.

Actuellement, 80% des lits d'USLD sont en convergence tarifaire à hauteur de 21% en moyenne de leur dotation soins, ce qui représente une diminution de leurs fonds de 76,5 millions d'euros. Etendue au niveau national à l'ensemble des lits d'USLD, cette perte s'élèverait à plus de 211 millions d'euros soit une suppression de 6 000 postes soignants d'ici à 2016. Le mécanisme de convergence tarifaire aboutit là aussi à une réduction drastique des moyens humains alors que la prise en charge de patients en USLD est particulièrement lourde.

Exemple d'une USLD de 40 résidents – Aujourd'hui le ratio d'encadrement soignant (IDE et AS/AMP) est de 0,72, ce qui signifie concrètement qu'il y a une aide-soignante le matin pour réaliser 8 toilettes sachant que l'ensemble des résidents nécessite une aide majeure ou totale pour ce soin. Au terme de l'application de la convergence tarifaire, qui correspond à une réduction de 39% du montant total du forfait soins, l'établissement aura été contraint de licencier 3 infirmières et 7 aides-soignantes. Son ratio d'encadrement soignant ne sera alors plus que de 0,43 agent soignant par résident, ce qui signifie concrètement qu'une seule aide-soignante aura la charge de 12 à 13 toilettes.

8. Amendement relatif à la

Suspension de la convergence tarifaire pour les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et pour les unités de soins de longue durée (USLD)

L'application des dispositions de l'article L314-3 alinéa II du Code de l'action sociale et des familles et de l'article L174-6 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale visant à instaurer des tarifs plafonds en EHPAD et en USLD est suspendue jusqu'au 1^{er} janvier 2015.

Le gouvernement déposera avant le 1^{er} septembre 2014 un rapport d'évaluation relatif à la mise en œuvre des dispositions visées à l'alinéa premier depuis leur entrée en application, et à l'impact de ces dispositions sur la médicalisation des EHPAD et des USLD.

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à suspendre la convergence tarifaire en EHPAD et en USLD en 2014 afin de laisser le temps au gouvernement de produire un rapport sur la mise en œuvre de ces dispositions et leur impact sur la médicalisation de ces établissements.

En effet, le mécanisme de convergence tarifaire pose le principe d'une diminution des dotations soins des établissements lorsque celles-ci dépassent un plafond.

Or le niveau des dotations soins des EHPAD publics soumis actuellement à cette convergence ne légitime pas un tel dispositif : seuls 1,6% d'entre eux ont des ratios d'encadrement soignant supérieur à 0,5 (un soignant pour 2 résident) alors que le plan solidarité grand âge préconisait un soignant pour 1 résident. Le montant de la convergence totale, qui s'établit à plus de 88 millions d'euros, conduira à terme à la suppression de plus de 2 000 postes, soit une réduction nette du personnel disponible pour aider les résidents puisque seront directement visés les postes d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et d'infirmiers.

Ces chiffres montrent que les tarifs plafonds, fixés sans aucune concertation, l'ont été à un niveau trop bas. Une telle démarche constitue un véritable recul par rapport aux objectifs du plan solidarité grand âge – les établissements en situation de convergence sont en effet loin d'avoir atteint les niveaux d'encadrement recommandés par ce plan. Le mécanisme de convergence tarifaire, en retirant à ces établissements d'importants moyens financiers et donc à terme d'importants moyens humains, aboutira inévitablement à une diminution de la qualité des soins. Cette suppression doit s'opérer dans le cadre de la révision de l'outil d'évaluation des besoins des résidents en soins dénommé PATHOS actuellement à l'œuvre, révision qui pourrait permettre de réévaluer les tarifs plafonds définis.

Actuellement, 80% des lits d'USLD sont en convergence tarifaire à hauteur de 21% en moyenne de leur dotation soins, ce qui représente une diminution de leurs fonds de 76,5 millions d'euros. Etendue au niveau national à l'ensemble des lits d'USLD, cette perte s'élèverait à plus de 211 millions d'euros soit une suppression de 6 000 postes soignants d'ici à 2016. Le mécanisme de convergence tarifaire aboutit là aussi à une réduction drastique des moyens humains alors que la prise en charge de patients en USLD est particulièrement lourde.

Exemple d'une USLD de 40 résidents – Aujourd'hui le ratio d'encadrement soignant (IDE et AS/AMP) est de 0,72, ce qui signifie concrètement qu'il y a une aide-soignante le matin pour réaliser 8 toilettes sachant que l'ensemble des résidents nécessite une aide majeure ou totale pour ce soin. Au terme de l'application de la convergence tarifaire, qui correspond à une réduction de 39% du montant total du forfait soins, l'établissement aura été contraint de licencier 3 infirmières et 7 aides-soignantes. Son ratio d'encadrement soignant ne sera alors plus que de 0,43 agent soignant par résident, ce qui signifie concrètement qu'une seule aide-soignante aura la charge de 12 à 13 toilettes.

9. Amendement visant à
**Assurer l'équité de traitement entre établissements publics et privés dans la
détermination du coefficient prudentiel**

L'alinéa IV de l'article 33 du PLFSS est ainsi complété:

Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

1° Il est inséré un 5° ainsi rédigé : « 5° Les seuils mentionnés à l'article L. 162-22-9- 2. » ;

2° Après les mots : « mentionnés au 2° » sont ajoutés : « et au 5° ».

Le II bis de l'article L162_22_10 est ainsi modifié :

« Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. ~~Cette modification est différenciée, le cas échéant (par catégories d'établissements et par tarifs de prestations) »~~

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à supprimer définitivement les différences de traitement entre les catégories d'établissements, opérées via le mécanisme du coefficient prudentiel.

Conformément aux engagements du Président de la République, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a abrogé la convergence tarifaire. Dans le même temps, l'article 60 de la LFSS pour 2013 a introduit un principe de différenciation du coefficient prudentiel, en fonction de la catégorie d'établissement, réintroduisant par la même la convergence tarifaire.

Ce traitement différentiel, préjudiciable aux établissements publics, a généré de lourdes incompréhensions au sein du monde hospitalier, incompréhensions qu'il est ici proposé de lever définitivement.

10. Amendement relatif à la
Définition de Missions d'Intérêt Général médico-sociales pour les établissements et services relevant de l'article L312-1 6° du Code de l'action sociale et des familles.

Un article L 314-9-1 est inséré au code de l'action sociale et des familles :

« Les établissements relevant du L 312-1 6° qui ont conclu une Convention tripartite ou un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L 313-11 avec le directeur de l'ARS et qui sont habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places, peuvent bénéficier de dotations financières au titre de missions d'intérêt général. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à autoriser les établissements et services sociaux et médico-sociaux à bénéficier de financements relevant des Missions d'intérêt général. Le financement de ces MIG pourrait provenir de la CASA afin de maîtriser le reste à charge pour les usagers.

Cela permettrait de commencer la nécessaire modernisation des établissements et services médico-sociaux, sous une forme compatible avec les instruments budgétaires et tarifaires de l'ARS, sous couvert de la CNSA. Par ailleurs, ce dispositif éviterait la sous-consommation chronique et persistante de crédits médico-sociaux dans le secteur des personnes âgées ;

Ces MIG permettraient d'évaluer et de compenser les charges de service public supportées par les ESMS afin de garantir leur solidité financière au service de la qualité des prestations.

Les crédits affectés à ces MIG pourraient financer, sur la base de critères prédéfinis :

- l'accessibilité financière des établissements publics. Cette enveloppe interviendrait notamment en compensation des contraintes et sujétions liées à l'administration du tarif hébergement pour la totalité des places dans les EHPAD. Il s'agirait d'élargir l'usage, d'ores et déjà possible réglementairement, de la prise en charge par l'assurance maladie d'intérêts d'emprunts et d'amortissements dérogatoires.
- la mise en œuvre d'actions de prévention de la perte d'autonomie pour un territoire donné.
- l'accueil de publics âgés présentant des difficultés spécifiques dans les EHPAD : accueil et hébergement de personnes âgées souffrant de pathologies lourdes, personnes handicapées vieillissantes dans les EHPAD, personnes sans domicile fixe...

11. Amendement relatif au
**Financement de la protection des majeurs protégés hébergés dans un
établissement médico-social**

L'article L361-1 du Code de l'action sociale et des familles modifié de la façon suivante :

I. Le 1° du III est abrogé

II. Il est inséré un IV ainsi rédigé :

« IV - Déduction faite de la participation financière du majeur protégé en application de l'article L 471-5, les services mentionnés au 14° du I de l'article L312-1 gérés par un établissement ou un service relevant des 6° et 7° de ce même article ou de l'article L 313-12 ou les personnes mentionnées à l'article L472-6 du même code, bénéficient d'un forfait annuel.

Ce forfait annuel est calculé sur la base des dépenses constatées et acceptées lors du dernier exercice clos.

Le financement de ce forfait annuel est réparti entre les différents financeurs visés au 1°, 2° et 3° du I du présent article. »

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à financer les services et préposés mandataires à la protection judiciaire dans les établissements et services médico-sociaux publics de la même façon que les services équivalents de droit privé. Le financement de cette mesure se ferait par redéploiement au sein du budget opérationnel.

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a affirmé que « lorsque le financement ne peut être intégralement assuré par la personne protégée, il est pris en charge par la collectivité publique, selon les modalités de calcul communes à tous les mandataires judiciaires à la protection des majeurs et tenant compte des conditions de mise en œuvre de la mesure, quelles que soient les sources de financement... ». Cette même loi a cependant créé un régime dérogatoire à cette règle dans les établissements médico-sociaux, ce qui entraîne des difficultés majeures de financement dans ces établissements.

En outre, cette inégalité de financement entre les services de protection des majeurs entraîne une inégalité de traitement des citoyens devant la loi : les personnes protégées suivies par un service de protection juridique de droit privé n'ont pas de frais supplémentaires à payer alors que celles qui sont suivies par un service de protection des majeurs de droit public rattaché à un établissement ou service médico-social doivent payer, dans leur tarif hébergement, le coût lié à ce service.

En effet, en l'absence d'un financement uniformisé, les coûts des mandataires judiciaires à la protection des majeurs dans les établissements et services médico-sociaux pèsent

directement sur le tarif hébergement des structures donc directement sur le reste à charge dont s'acquittent les résidents et/ou leur famille. Or, ce reste à charge est déjà conséquent puisqu'il s'élève en moyenne à 2 200 €/mois, alors que le niveau moyen des retraites n'est que de 1 200 €/mois.

Redonner de la transparence et de la lisibilité au système de financement

12. Amendement relatif à la
Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA)

Concerne l'article 15 XIII C du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 :

L'article 15 XIII C est supprimé.

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à maintenir l'affectation du produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour assurer le financement des mesures qui seront prises pour améliorer la prise en charge des personnes âgées privées d'autonomie, ainsi que le prévoit déjà l'article L.14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.

La CASA a été créée en 2013 afin de financer la réforme de la perte d'autonomie, en partageant l'effort de solidarité entre les générations. Or la LFSS pour 2013 a prévu que le produit de la CASA serait affecté en 2013, à titre exceptionnel, au fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui finance le minimum vieillesse, certains avantages familiaux et les cotisations afférentes à des périodes non travaillées, et non pas l'autonomie.

En 2013, ce sont 350 millions d'euros qui n'ont pas été affectés à cette réforme. Si l'article 15 XIII C n'est pas supprimé, ce seront près de 700 millions d'euros.

Le Président de la République s'est engagé à mener une réforme de la dépendance pour réduire les charges les plus lourdes pesant sur les personnes âgées dépendantes et leurs familles, dans le cadre d'une loi Autonomie. Il est primordial d'assurer un financement pérenne à cette réforme et de ne pas détourner les fonds qui lui sont dédiés au profit du FSV.

13. Amendement relatif à la
**Transformation de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
en Agence technique de l'information en santé (ATIS)**

La section A. f) de l'annexe de la loi n°2000-1257 du 23/12/2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifiée :

« La réflexion pour fonder la tarification des établissements de santé sur les pathologies traitées est engagée. L'expérimentation de nouvelles modalités de tarification pour les établissements de santé doit reposer sur des données d'activité hospitalière fiables et rapidement disponibles. A cette fin, le Gouvernement a créé une agence technique de l'information **en santé** permettant d'améliorer le traitement des données et de faciliter leur diffusion.

L'agence technique de l'information en santé assure la responsabilité de l'ensemble des classifications médico-économiques et notamment la maintenance de la classification des actes médicaux. Elle dispose de toutes les bases en santé gérées par les caisses d'assurance maladie.

La gouvernance de l'agence technique de l'information en santé garantit l'indépendance de ses travaux et de ses publications. Les modalités de gouvernance sont fixées par décret. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à transformer l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) en Agence Technique de l'Information en Santé (ATIS). Dotée d'un conseil scientifique composé de médecins et d'économistes, l'ATIS est une agence autonome, responsable de la gestion de l'ensemble des classifications et des bases de données.

Cette proposition permettra l'instauration d'une plus grande transparence dans la construction et la régulation tarifaire, tant pour les tarifs hospitaliers que pour les honoraires médicaux.

Elle vise également à mettre fin au double pilotage Etat-Assurance maladie. En effet, l'élaboration des tarifs hospitaliers et des honoraires médicaux relèvent aujourd'hui d'une double régulation sur des critères variables et opaques. Ce manque de lisibilité a été souligné tant par le rapport de la MECSS-Sénat que par le rapport de l'IGAS sur l'évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux.

Par ailleurs, les outils de classifications médico-économiques ne répondent pas toujours à des critères scientifiques dans leur évolution. Les bases de données en santé sont éclatées

entre les agences de l'état et les caisses d'assurances maladies, ce qui ne permet pas d'avoir des critères homogènes.

La transformation de l'ATIH en ATIS serait réalisée à moyen constant, et pourrait même être une source d'économie, grâce à la concentration, au sein d'une même agence, des ressources de l'Agence technique de l'information hospitalière, et de celles de l'assurance maladie dévolues à la gestion des bases de données SNIIR-AM et à la Classification Commune des Actes Médicaux

14. Amendement relatif à la **Dégressivité des tarifs**

Le premier paragraphe du III de l'article 33 du PLFSS 2014 est ainsi modifié:

« Art. L. 162.22.9.2. L'Etat peut fixer, pour tout ou partie des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° article L.162.22.6, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volumes d'activité, **basés sur des critères de pertinence médicale.**

Lorsque l'évolution d'activité ou le volume de l'activité d'un établissement de santé est supérieur aux seuils susmentionnés, **et après analyse de l'évolution des taux de recours**, les tarifs nationaux mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 applicables aux prestations concernées de cet établissement ~~sont~~ **peuvent être** minorés.

Un décret en Conseil en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment les critères pris en compte pour fixer les seuils ainsi que les modalités de mesure de l'activité et de minoration des tarifs. »

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à faire reposer le mécanisme de dégressivité des tarifs sur des critères de pertinence des actes et des prises en charge.

L'adaptation du modèle de financement des établissements de santé aux nouveaux enjeux de la politique de santé est un objectif central, partagé par l'ensemble des acteurs de santé. Le financement des établissements de santé ne doit plus seulement être basé sur le volume d'activité mais doit prendre en compte des critères de santé publique au premier rang desquels la lutte contre les actes inutiles.

Pour cela, il est proposé de faire du mécanisme de dégressivité des tarifs l'instrument privilégié de la politique de lutte contre les actes inutiles. Concrètement, au mécanisme prévu par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 qui prévoit une dégressivité automatique en fonction des seuls volumes, il est proposé de substituer un mécanisme qui fasse diminuer les tarifs seulement lorsque la pertinence des actes ne semble pas totalement garantie.

Le mécanisme proposé est plus juste, car il ne pénalisera que les établissements augmentant volontairement telle ou telle activité. Il est aussi plus efficace, car il est conforme aux objectifs de la politique de santé publique. Il sera enfin plus facilement acceptable par les acteurs de santé qui ne verront pas dans ce principe de dégressivité un nouveau moyen de diminuer les tarifs, en sus des mécanismes déjà existants.

15. Amendement relatif à la restauration d'un
Comité d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité

Un alinéa X est inséré en annexe du PLFSS 2014, portant les dispositions suivantes :

« 1. Il est créé un comité d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité dans les établissements de santé.

2. Le comité d'évaluation, placé auprès du Ministre de la santé, est chargé d'évaluer la mise en œuvre de la tarification à l'activité et ses conséquences sur le fonctionnement du système de santé et notamment :

-L'impact de la réforme sur l'activité et l'offre de soins ;

-L'efficacité économique de la réforme ;

-L'évaluation de la qualité et l'accès aux soins.

Pour mener ses travaux, le comité fait appel aux services du Ministère de la santé, aux agences et à toute institution compétente, ainsi le cas échéant à des experts notamment étrangers.

Le financement du comité et de ses travaux est inclus dans les coûts de fonctionnement de l'Agence technique de l'information hospitalière (en santé). Le recours à des experts ou personnalités qualifiées extérieurs aux services du Ministère ou aux agences de l'état ne peut être décidé qu'après avoir reçu l'accord du Directeur de l'agence technique de l'information hospitalière (en santé) lorsqu'elle assure la prise en charge financière des études qu'ils réalisent.

3. Le comité d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité est présidé par un membre du Conseil d'Etat ou de la Cour des Comptes.

Il comprend, outre son président, les personnes suivantes :

-Le directeur général de l'organisation des soins, ou son représentant ;

-Le directeur de la sécurité sociale, ou son représentant ;

-Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ou son représentant ;

-Le directeur de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, ou son représentant.

-Le directeur de l'Union Nationale des Caisse d'Assurances Maladie ou son représentant ;

-Le président de la Fédération hospitalière de France, ou son représentant ;

-Le président de la Fédération de l'hospitalisation privée, ou son représentant ;

-Le président de la Fédération des établissements d'hospitalisation et d'assistance privés à but non lucratif, ou son représentant ;

-Le président de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, ou son représentant.

-Dix personnalités qualifiées désignées par arrêté du ministre de la santé dont une sur proposition de chaque fédération pour une durée de 3 ans.

4. Le comité d'évaluation se réunit au moins deux fois par an sur convocation de son président. La convocation du comité est de droit lorsqu'elle est demandée par le ministre de la santé ou par un tiers au moins de ses membres. »

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à restaurer le comité d'évaluation de la mise en œuvre de la réforme de la tarification à l'activité.

La Commission des affaires sociales du Sénat a rendu, en 2012, un rapport sur le financement des établissements de santé. Ce rapport met en évidence la difficulté à mesurer les effets de la tarification à l'activité sur les volumes, la coopération entre les structures et surtout sur la qualité. Alors qu'un comité d'évaluation de la T2A avait été créé par l'arrêté du 25 mai 2004, il a été supprimé avant de pouvoir produire une évaluation approfondie de ce modèle de tarification.

Compte-tenu de l'impact sur l'organisation des soins et sur leur qualité, et au moment où la pratique de l'évaluation est la règle dans tous les champs d'activité, il convient d'instituer un principe d'observation indépendante de la politique de financement, en constituant un comité d'évaluation présidé par un haut magistrat et composé d'experts dans le domaine de l'économie et de la médecine.

16. Amendement relatif à
L'Evolution de la composition de la commission régionale de contrôle

L'alinéa 2 de l'article L.162-22-18 du Code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

« Cette sanction est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de contrôle régional établi par l'agence. **Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle présidée par un magistrat et composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance-maladie et du contrôle médical, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées, d'autre part.** »

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à faire évoluer la composition de la commission régionale de contrôle, en y incluant des représentants des fédérations hospitalières, afin d'apporter une qualité et une légitimité plus fortes aux sanctions qui sont proposées par les ARS.

Le dispositif de contrôle de la tarification à l'activité comporte actuellement de lourdes imperfections. Cette situation qui nourrit de nombreux contentieux et alimente des polémiques entre les fédérations hospitalières et les pouvoirs publics, a in fine pour conséquence d'affaiblir la légitimité des contrôles.

En effet, la configuration actuelle de la commission de contrôle ne permet pas à ses membres la complexité des classifications et de leurs règles de codage mais aussi, parfois, à l'imprécision des réponses de l'ATIH.

A la suite des aménagements apportés par les pouvoirs publics par le décret du 28 septembre 2011, **le rééquilibrage de la commission de contrôle permettrait d'établir un cadre discussion entre les professionnels de l'assurance maladie et ceux des hôpitaux, des situations et renforcerait la légitimité des décisions.**

Ce rééquilibrage consiste en une représentation paritaire des financeurs et des fédérations hospitalières publiques et privées. Tel est déjà le cas pour la commission visée au V de l'article L162-1-14 du Code de la sécurité sociale, qui est chargée de donner son avis dans le cadre du dispositif de pénalité (« lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, les représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission »).

17. Amendement relatif à
L'évolution de la composition des équipes de contrôle

L'alinéa 2 de l'article L.162-22-18 du Code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

« Cette sanction est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin ou les praticiens-conseils des organismes de l'Assurance Maladie, **et les médecins hospitaliers en exercice**, en application du programme de contrôle régional établi par l'agence. Elle est notifiée à l'établissement. »

Exposé des motifs

Le présent amendement vise à intégrer des médecins hospitaliers en exercice dans les équipes de contrôle de l'assurance maladie, afin de renforcer la légitimité des contrôles réalisés ; d'améliorer le dialogue entre les équipes de contrôle et les équipes contrôlées, et d'éviter ainsi des situations de conflits et d'incompréhension.

Cet amendement est directement inspiré du rapport sénatorial de la MECSS de juillet 2012 qui précisait sur le sujet : « *Les contestations portent également sur les critères retenus par les médecins contrôleurs. On peut ici pratiquement parler d'un fossé d'incompréhension entre les praticiens et leurs confrères de l'assurance maladie. Ceux-ci feraient trop souvent abstraction des situations réelles des prises en charge, par exemple lorsque l'urgence ou l'incertitude du diagnostic expliquent des décisions rapides et des examens ou des actes qui ne seraient peut-être pas nécessaires dans des circonstances courantes. Autre reproche, les médecins contrôleurs accuseraient un temps de retard par rapport à l'évolution des pratiques médicales et s'appuieraient sur des textes de référence obsolètes ou incomplets par rapport aux travaux des sociétés savantes. Les délais de publication ou d'actualisation des référentiels de la HAS, voire l'absence de référentiels, ont été déplorés. Au total, les modalités du contrôle engendrent parfois un sentiment d'injustice et de frustration, notamment de la part de praticiens exerçant dans des spécificités pointues ou peu fréquentes.* »

La MECSS proposait de diversifier les équipes de contrôle en faisant appel à des vacations de médecins hospitaliers en exercice. C'est le sens du présent amendement.

Construire le service public de santé territorial

18. Amendement relatif au
Rattachement des établissements publics aux collectivités territoriales

Le deuxième alinéa de l'article L6141-1 du Code de la santé publique est ainsi modifié :

« Les centres hospitaliers sont communaux, intercommunaux, départementaux, interdépartementaux ou nationaux. Ils sont créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional et par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé dans les autres cas. A Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, ils sont territoriaux. »

Exposé des motifs

La loi HPST a réécrit l'article L6141-1 en remplaçant la notion de rattachement des établissements de santé publics par une notion de ressort, et ce afin de « simplifier leur gestion et de développer leur capacité d'adaptation ».

Or, quatre ans après cette refonte, des difficultés d'interprétation de cette nouvelle notion perdurent.

Dans un avis du 20 décembre 2010, le Tribunal Administratif de Lyon, interrogé par le préfet du Rhône quant à l'autorité compétente pour statuer sur les demandes d'autorisation d'urbanisme déposées par les établissements de santé publics, a ainsi estimé que les termes de l'article L6141-1 nouveau n'avaient pas modifié leur rattachement local (**TA Lyon, Avis n°193 du 20 décembre 2010, Préfet du Rhône**). En septembre 2011, un de nos collègues posait cette même question au Ministre de la Santé et se voyait répondre qu'« en supprimant leur rattachement territorial, la loi de réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a fait entrer les établissements publics de santé dans le droit commun des établissements publics de l'Etat » (**Question n°118422, JOAN 01/05/2012 page : 3391**)

Des questions se posent également quant au maintien de la fonction publique hospitalière. En effet, l'intégration des établissements de santé publics dans la catégorie des établissements publics nationaux devrait aboutir à une incorporation dans la fonction publique d'Etat, au mépris des spécificités des fonctions des agents hospitaliers.

La simplification attendue de la loi HPST n'est donc pas au rendez-vous.

Cette réforme a également eu des conséquences pratiques importantes pour les collectivités locales. Un établissement de santé local pouvant être créé par une collectivité, celle-ci pouvait prétendre recueillir son patrimoine en cas de dissolution, à l'image de ce qui se passe d'ailleurs pour les Groupements de Coopération Sanitaire (**Art. R6133-8 CSP**) et, plus

généralement, pour tout EPCI (**Art. L5214-28 et L5211-25-1 CGCT**). La loi HPST, en rattachant des établissements publics locaux à l'Etat, a ainsi porté atteinte au droit de propriété des collectivités fondatrices sans aucune justification ni compensation (**CC, 25-26 juin 1986, privatisation, n°86-207**).

Par ailleurs, le décret n°2010-1177 du 5 octobre 2010, pris pour corriger un effet délétère de la réécriture de l'article L6141-1 en matière de marchés publics, expose la France à un risque de condamnation au niveau communautaire. En effet, alors que des établissements comme l'Hôpital National de Saint Maurice et le Centre Hospitalier des Quinze-Vingt mentionnés en tant qu'autorités gouvernementales centrales à l'Annexe IV de la directive 2004/18/CE, sont soumis au Code des Marchés Publics en qualité d'établissement public national, il paraît difficilement justifiable de soumettre les autres établissements publics de santé, désormais également nationaux, à des dispositions dérogatoires.

Au vu de ces éléments, il est proposé de rétablir le rattachement des établissements de santé publics aux collectivités territoriales.

Ceci ne poserait au demeurant aucune difficulté juridique, le législateur étant libre de définir le rattachement territorial des établissements publics et de ce fait, de classer dans des catégories distinctes des établissements publics poursuivant une spécialité analogue (**CC, 12 décembre 1967, Syndicat des transports parisiens**).

19. Amendement relatif au Financement de praticiens hospitaliers de territoire

Le 2°) de l'article L1435-8 du code de la santé publique est modifié comme suit :

« Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à :

1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1 ;

2° L'amélioration de la qualité, et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements **notamment pour financer des emplois partagés nécessaire à la coordination des parcours de soins**, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ; »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à permettre le financement de praticiens hospitaliers exerçant leur mission simultanément sur plusieurs établissements, dans le cadre d'un projet médical de territoire.

La mise en œuvre d'un service public territorial de santé conduit à créer et financer de nouvelles modalités d'exercice médical pour les praticiens hospitaliers. Les dispositions existant actuellement (primes multi-site, statut de de PM) ne constituent pas un cadre légal favorable aux coopérations. En effet, ces dispositions sont peu attractives pour les personnels et ne les incitent pas à inscrire leur activité dans un cadre territorial.

Le statut de praticien hospitalier de territoire s'inscrit ainsi dans la lignée des initiatives déjà prises par les pouvoirs publics dans le cadre du pacte territoire santé (médecin territorial de médecine générale et médecin hospitalier pouvant exercer en ambulatoire dans les territoires les plus fragiles).

Dans le cadre d'un projet médical de territoire, il s'agit de donner aux praticiens hospitaliers, les conditions d'exercer une activité de coordination médicale au sein de territoires de santé. Cette coopération de l'ensemble des acteurs de santé (structures ambulatoires,

centres de santé, organismes divers de soins...) permet d'améliorer la qualité des soins et l'efficience du système de santé.

Or, le financement de cette activité, qui se fait hors établissement de santé, ne peut relever de l'ONDAM hospitalier. Les primes multi-sites ne permettent aujourd'hui plus d'encourager les acteurs à travailler ensemble. Afin de valoriser cette activité de coordination et dans l'attente d'un nouveau statut, le praticien hospitalier de territoire pourra recevoir une prime dite de territoire, financée via le Fond d'intervention régional.

20. Amendement relatif au Financement des hôtels hospitaliers

Un 9° est ajouté à l'article L1435-8 du Code de la santé publique :

« 9° La réduction des durées d'hospitalisation, à travers notamment l'expérimentation des structures d'hébergements non médicalisées des patients en post ou pré-hospitalisation »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à permettre l'expérimentation des hôtels hospitaliers et leur financement à travers le FIR. Ces dispositifs d'hébergement offrent une sortie plus rapide des patients hospitalisés, dans des conditions de proximité avec des professionnels et des lieux de soins.

L'hôtel hospitalier est un dispositif d'accueil non médicalisés situé à proximité des lieux d'hospitalisation, qui accueille des patients dans le cadre de leurs parcours de soins hospitaliers. Ce type de structures présente plusieurs avantages, en termes de qualité globale de la prise en charge du patient, d'économies sur la prestation d'hébergement la nuit, et d'évolution des prises en charge hospitalières.

Le développement de ce dispositif s'inscrit dans la lignée du programme national de gestion des lits d'aval annoncé par la ministre de la Santé en avril dernier. En effet, la question des lits d'aval est un problème récurrent aux urgences. La création d'hébergements non médicalisés en complément de l'hospitalisation conventionnelle pourrait faciliter la libération des lits nécessaires à l'accueil des urgences.

Les différents modèles d'hôtels hospitaliers doivent être expérimentés en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés, sur la base d'un cahier des charges de ces structures d'hébergement, comportant des critères pour l'accueil des patients.

Un dispositif d'évaluation devra également être prévu.

1) Type de structures d'hébergement

a) Il est possible **d'exploiter le patrimoine hospitalier disponible**, dans le cadre de reconversions en structures d'hébergement qui seraient ainsi situées à proximité directe. Ces reconversions patrimoniales nécessitent des investissements et des travaux, pouvant être envisagés via des partenariats public/privé avec des acteurs commerciaux de l'hôtellerie.

b) Une autre solution est le modèle de **conventionnement entre un établissement de santé et un hôtel commercial extérieur à l'établissement**. Cette formule qui utilise des structures déjà existantes est rapidement opérationnelle et n'induit pas d'investissement hospitalier.

2) Modèle économique du dispositif

La prise en charge financière des nuitées hôtelières pourra être assurée par l'assurance maladie et les organismes complémentaires.

La sécurité sociale conventionne déjà un certain nombre de foyers et prend en charge les nuitées passées par des patients traités pour maladies chroniques et leurs accompagnants. Cette prise en charge financière de l'hébergement est soumise à critères sociaux pour des patients habitant loin de l'hôpital.

Compte tenu des contraintes de l'ONDAM, le modèle économique pourrait évoluer pour séparer les soins et l'hébergement, l'hébergement de nuit étant aujourd'hui payé au tarif des soins.

<p>21. Amendement relatif à L'accès aux soins de premier recours</p>

Un 9° est ajouté à l'article L1435-8 du Code de la santé publique :

« 9° L'accès aux soins de premier recours. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des projets de coopération entre un établissement public de santé et une maison de santé pluridisciplinaire ou un centre de santé ou un groupe de professionnels de santé»

Exposé des motifs :

Cet amendement vise à pallier les carences de l'offre de soins libérale en permettant aux hôpitaux de structurer une offre de soins de premiers recours là où elle fait défaut.

On constate sur le terrain que la dynamique d'amélioration de l'offre de soins de premier recours qu'avait voulu créer la loi HPST échappe souvent aux établissements publics de santé. Ils sont en effet moins à l'initiative des projets de coopération que sollicités par les acteurs de santé ambulatoires pour venir en appui à leurs démarches.

Cet amendement vise dans ce contexte à rappeler le rôle pivot que les établissements publics de santé doivent tenir dans l'accès aux soins de premier recours et donc dans le lancement de projets concertés.

Ces projets sont validés par l'Agence Régionale de Santé en référence au projet régional de santé (PRS) et font l'objet d'un financement au titre du fond d'intervention régional (FIR).

22. Amendement relatif à
**La redevance des professionnels de santé libéraux et des praticiens libéraux
intervenant dans les établissements publics de santé**

L'alinéa 1er de l'article L.6146-2 du Code de la santé publique est modifié ainsi qu'il suit :

« Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions de service public mentionnées à l'article L. 6112-1 attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, minorés, le cas échéant, d'une redevance **plafonnée dans les conditions fixées par voie réglementaire.** »

Exposé des motifs :

Le présent amendement vise à assouplir les taux actuellement imposés par la réglementation en les transformant en taux plafonds, afin de donner aux établissements, la possibilité d'adapter ces taux en fonction des contraintes locales.

Dans certaines zones, l'intervention de professionnels libéraux dans les établissements publics de santé garantit le maintien d'une offre de soin publique, à tarif opposable, sur l'ensemble des secteurs d'activité.

L'utilisation de ce dispositif se trouve aujourd'hui freinée par les taux de redevance appliqués dans les établissements publics hospitaliers qui sont des taux forfaitaires non modulables, fixés en fonction de la nature des actes ou consultations réalisés :

- 10% des honoraires pour les consultations ;
- 60% des honoraires pour les actes de radiologie interventionnelle, de radiothérapie ou de médecine nucléaire nécessitant une hospitalisation ;
- 30% des honoraires pour les autres actes pratiqués dans l'établissement.

Alors que ce dispositif avait pour but de favoriser les démarches de coopération et de resserrer les liens ville-hôpital, la rigidité de ces taux ne permet pas de répondre aux enjeux d'attractivité et empêche une gestion souple, réactive et adaptée aux situations locales.

Le présent amendement vise donc à laisser aux établissements de santé, dans la limite d'un montant plafond déterminé par règlement, la possibilité de fixer eux-mêmes le taux de redevance des professionnels libéraux intervenant dans les établissements de santé.

23. Amendement relatif aux Plateaux d'imagerie médicale mutualisée expérimentaux

L'alinéa 1 de l'article L6122-15 L.611-15 du Code de la santé publique est modifié ainsi qu'il suit :

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6122-1, ~~dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,~~ l'agence régionale de santé peut autoriser à titre expérimental la création de plateaux d'imagerie médicale mutualisés, impliquant au moins un établissement de santé **public**, comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents.

Exposé des motifs :

Le présent amendement vise à autoriser les ARS à expérimenter la création de plateaux d'imagerie médicale mutualisés, sans attendre la publication des décrets d'application de la loi du 10 août 2011, qui ne sont à ce jour toujours pas parus. L'urgence de la situation de l'imagerie publique, menacée de disparition à très court terme, impose en effet que des expérimentations soient conduites au plus vite afin de trouver des solutions, au plus près du terrain, pour maintenir des radiologues à l'hôpital public.

Les dispositions prévues à l'article 33 de la loi du 10 août 2011 prévoyaient de mener pendant trois ans, une expérimentation permettant de déroger au régime d'autorisation des équipements matériels lourds tout en restant compatible avec les orientations du schéma régional d'organisation des soins – projet régional de santé, en termes d'implantation et de recomposition de l'offre de soins. Or, ces décrets ne sont aujourd'hui toujours pas publiés, ce qui retarde considérablement le déploiement de l'imagerie publique au sein de nos territoires.

Les enjeux sont ici l'amélioration des conditions d'accès à l'imagerie en coupe et en particulier à l'IRM ainsi que le bon usage des examens. Les objectifs principaux de ce dispositif expérimental portent sur la structuration de la coopération territoriale en imagerie avec la mutualisation des ressources médicales hospitalières et de ville, la substitution et la complémentarité entre les techniques d'imagerie en coupe et au sein d'une technique elle-même.

Par ailleurs, les objectifs de cette expérimentation reposent sur une organisation mutualisée et territoriale des plateaux d'imagerie visant accessibilité et pertinence. Cela implique que l'établissement ou les établissements publics du territoire y soient associés. **C'est pourquoi il est proposé que chaque plateau d'imagerie expérimental comprenne au moins un établissement public.**

Au-delà des impacts économiques liés à l'amélioration de la pertinence des actes et à la réduction de la redondance d'examens liée parfois à un accès difficile à l'IRM, ce dispositif permet également d'optimiser l'investissement hospitalier, lequel, en matière d'imagerie, permet de raccourcir les durées moyennes de séjour.