



## **Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2009**

# **Projets d'amendements de la Fédération Hospitalière de France**

## Sommaire

<b>Article 36 : amendement relatif aux médicaments coûteux et dispositifs médicaux.....</b>	<b>3</b>
<b>Article 39 : amendement relatif à la régulation prix/volume .....</b>	<b>4</b>
<b>Article additionnel après l'article 39 : amendement relatif à la convergence entre les établissements publics et privés .....</b>	<b>5</b>
<b>Article additionnel après l'article 39 : amendement imagerie - fixation des tarifs forfaits techniques.....</b>	<b>6</b>
<b>Article 40 : amendements relatifs au traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé.....</b>	<b>7</b>
<b>Article additionnel après l'article 40 : amendement relatif aux mesures salariales. ....</b>	<b>8</b>
<b>Article 43 : amendement relatif à la dotation « soins » des EPHAD .....</b>	<b>9</b>
<b>Article 44 : amendement relatif à la convergence tarifaire médico-sociale .....</b>	<b>10</b>
<b>Article 45 : amendement relatif à la réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.....</b>	<b>11</b>
<b>Article additionnel après l'article 48 : amendement relatif à l'adaptation des règles relatives à la CMU et à la CMU complémentaire pour les personnes âgées et handicapées démunies résidant en établissement d'hébergement sanitaire et social .....</b>	<b>13</b>
<b>Article additionnel après l'article 48 : amendement relatif à l'attribution d'une allocation d'études aux étudiants masseurs kinésithérapeutes en contrepartie d'un engagement de servir dans le service public hospitalier .....</b>	<b>14</b>
<b>Article additionnel après l'article 48 : amendement relatif à l'attribution d'une allocation d'études aux étudiants en médecine en contrepartie d'un engagement de servir dans le service public hospitalier .....</b>	<b>15</b>
<b>Article additionnel après l'article 48 : amendement permettant l'introduction d'une disposition protégeant le service public hospitalier en cas de démission de praticiens hospitaliers. ....</b>	<b>16</b>
<b>Article additionnel après l'article 48 : amendement relatif à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel.....</b>	<b>17</b>
<b>Article additionnel après l'article 48 : amendement concernant la formation médicale continue .....</b>	<b>18</b>
<b>Article additionnel après l'article 48 : amendement relatif à l'intéressement des personnels.....</b>	<b>19</b>
<b>Article additionnel après l'article 48 : amendement relatif aux modalités d'information des établissements.....</b>	<b>20</b>

## Article 36 : amendement relatif aux médicaments coûteux et dispositifs médicaux.

Il est proposé un amendement concernant l'article 36 du PLFSS.

Il est inséré au premier alinéa de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale :

*« L'Etat arrête sur la base de l'analyse nationale d'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée à l'article L 162-22-7 et à l'article L 165-1 et sur recommandation du Conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces spécialités. »*

### **Exposé des motifs.**

La croissance très importante des médicaments coûteux et dispositifs médicaux pèse sur les charges hospitalières avec des progressions annuelles de l'ordre de 15%.

Compte tenu de la permanence de ces évolutions, les marges de progression des tarifs des séjours sont ramenées à des niveaux très bas (+0,43% en 2008), alors qu'ils représentent 87% de recettes des établissements et que les charges progressent de leur côté au rythme de 4% par an.

Dans ce contexte, les médicaments coûteux et certains dispositifs médicaux implantables sont actuellement financés hors tarifs et remboursés « euro à l'euro ».

Le projet de loi soumis au parlement prévoit qu'une partie des médicaments coûteux fera l'objet d'un encadrement par convention entre les établissements et les agences régionales de l'hospitalisation, sur la base de l'évolution des dépenses issues de la consommation de ces médicaments.

Cette mesure d'encadrement, pour contraignante qu'elle puisse apparaître, doit aussi s'appliquer aux dispositifs médicaux implantables, dont l'utilisation doit être régulée sur la base de référentiels.

Il est donc proposé d'inclure les dispositifs médicaux implantables dans le dispositif d'encadrement des dépenses issu du PLFSS.

## Article 39 : amendement relatif à la régulation prix/volume

Il est proposé d'introduire une nouvelle disposition à l'article 39- IV du PLFSS relative à la régulation prix volume.

*« IV. - A l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, le second alinéa du II est remplacé par un II bis ainsi rédigé :*

*« II bis. - 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. »*

Il est ajouté :

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

### **Exposé des motifs.**

Le système de régulation prix-volume s'applique à ce jour de manière indifférente quelque soit le périmètre du tarif, quelque soit la nature des activités au sein du champ MCO et quelque soient les indicateurs de santé.

Dans la mesure où les effets « volume » relèvent plus spécifiquement des secteurs avec beaucoup d'actes et d'interventions (comme la chirurgie), il convient que chaque segment du champ MCO supporte de manière distincte l'évolution de son activité en volume dans le cadre de la fixation de ses tarifs, ce qui est prévu par l'article 39 du PLFSS.

Par ailleurs, les caractéristiques régionales ne sont pas prises en compte dans la régulation prix-volume : certaines régions, sous-consommatrices de soins et avec des indicateurs de santé défavorables, voient leurs tarifs baisser au même niveau qu'une région plus riche avec une consommation bien au-delà de la moyenne nationale. Ce projet d'amendement s'inscrit dans la continuité du Rapport du Député André FLAJOLET

Il est donc proposé d'appliquer la régulation prix-volume en intégrant une disposition visant à corriger les inégalités inter régionales (indicateurs régionaux de santé publique et de recours aux soins des populations).

## Article additionnel après l'article 39 : amendement relatif à la convergence entre les établissements publics et privés

Il est inséré un article 39 bis au PLFSS.

### **Amendement demandant la fin de la convergence.**

Il est proposé la disposition suivante.

*« 5° Le VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est abrogé. »*

### **Exposé des motifs.**

Cet amendement vise à supprimer la convergence tarifaire conduite à « marche forcée » entre les hôpitaux publics et les cliniques privées. En effet, il convient de supprimer ce dispositif car les hôpitaux publics connaissent des réelles difficultés financières, tandis que les marges des établissements de santé à but lucratif sont très élevées, comme le soulignent les études (notamment de la DRESS).

En outre, les modalités de détermination des coûts des séjours sont différentes. Les honoraires médicaux ne sont pas intégrés dans les coûts des séjours des cliniques privées, alors même que les rémunérations des professionnels médicaux font parties du coût des séjours des établissements publics qui est un coût « global ».

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

Il est donc proposé d'arrêter la convergence entre les établissements publics et privés.

## Article additionnel après l'article 39 : amendement imagerie - fixation des tarifs forfaits techniques

Il est proposé d'introduire un nouvel article après l'article 39 du PLFSS portant sur le mode de fixation des tarifs de forfaits techniques en matière d'imagerie médicale.

Il est inséré, à l'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale un 2<sup>ème</sup> alinéa rédigé de la manière suivante.

*« Les forfaits techniques fixés en application du présent article et négociés en application de l'article L162-5 peuvent être pris en charge par l'assurance maladie lorsqu'ils sont facturés au titre des soins externes par les établissements de santé mentionnés aux a), b), c), d) et e) de l'article L162-22-6. »*

*II. Au 1<sup>er</sup> alinéa de l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale, ajouter la phrase :*

*« Les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés sont associées à la négociation de forfaits techniques fixés en application de l'article L162-1-7 ».*

### **Exposé des motifs.**

L'utilisation des appareils d'imagerie médicale tels que les scanographes ou les appareils d'imagerie à résonance magnétique est facturée par l'hôpital à l'assurance maladie au titre de forfaits qui sont négociés dans le cadre de la convention signée entre les syndicats représentant les médecins et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie. Ces forfaits ne relèvent pas à proprement parler de la Classification Commune des Actes Médicaux, c'est-à-dire la liste des actes facturables par les médecins, mais sont induits par des actes de la CCAM.

Les fédérations représentant les établissements de santé ne participent pas à la négociation de ces forfaits, alors même que les établissements sont de plus en plus nombreux à être propriétaires de tels équipements et qu'ils facturent ce type de prestations.

Il est donc proposé d'insérer une disposition visant à ce que les fédérations représentant les établissements de santé soient associées à la fixation des forfaits d'imagerie médicale que facturent leurs adhérents.

## Article 40 : amendements relatifs au traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé

### **Amendement proposant de supprimer l'article le II de l'article 40 du PLFSS.**

#### **Exposé des motifs.**

Le PLFSS sera votée avant la loi HPST. Les dispositions qui sont présentées dans cet article sont directement inspirées de l'esprit de la loi HPST qui vise, d'une part, à préciser les modalités de retour à l'équilibre économique des établissements, et d'autre part, à donner les moyens au directeur d'établissement d'exercer des responsabilités clarifiées et renforcées.

En premier lieu, le projet de Loi précise, au titre de l'article L 6143-3-1 du code de la santé publique, que le Directeur de l'Agence Régionale de Santé place l'établissement public de santé sous administration provisoire, au regard d'une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret. Toutefois, les situations de déséquilibre financier dans les hôpitaux publics ne relèvent pas toujours uniquement de déterminants économiques, mais aussi de facteurs géographiques, sociologiques et politiques. En conséquence, le caractère automatique de la mise sous administration provisoire ne répond pas à la réalité des enjeux hospitaliers : la mise sous administration provisoire doit pouvoir être appréciée en fonction de chaque situation.

En second lieu, la mise en recherche d'affectation (prévue au 2° de l'article 6143-3-1) du directeur, président du directoire, et le cas échéant des autres membres de l'équipe de direction ainsi que des directeurs de soins, lorsque l'établissement est mis sous administration provisoire, constitue une évolution forte de leur responsabilité dans l'exercice de leur fonction. Il semble prématuré de présenter ces dispositions, susceptibles de remettre en cause les responsabilités d'une équipe de direction, sans qu'il existe de corollaire au titre d'un rééquilibrage des moyens de les exercer (ce qui serait prévu dans la loi HPST).

Il est donc proposé de supprimer cet article.

## Article additionnel après l'article 40 : amendement relatif aux mesures salariales.

### **Il est proposé d'insérer un article 40 bis au PLFSS.**

Il est ajouté à l'article L 162-22-9 du code de la sécurité sociale les dispositions suivantes.

*« Les mesures salariales concernant la fonction publique hospitalière sont financées au titre des dispositions de la présente loi de financement de la sécurité sociale. Les mesures intervenant en cours d'année feront l'objet de financements complémentaires permettant leur mise en oeuvre dans les établissements. »*

### **Exposé des motifs.**

Des dispositions infra-annuelles fixées par les pouvoirs publics viennent corriger à la hausse les charges hospitalières sans correction des tarifs hospitaliers.

Il est donc proposé d'insérer une disposition visant à garantir le financement des charges hospitalières (notamment les mesures salariales) induites par des dispositions nationales et intervenant en cours d'année.

## Article 43 : amendement relatif à la dotation « soins » des EPHAD

Il est proposé la suppression de l'article 43 du PLFSS.

### **Exposé des motifs.**

L'article 43 prévoit que les remboursements des prestations médicales et paramédicales, ainsi que les achats de médicaments effectués par un résident à l'extérieur d'un EPHAD, et qui sont imputés sur l'enveloppe de ville viennent en diminution de la dotation soins de l'établissement qui l'accueille.

La FHF demande la suppression de cet article pour les motifs suivants :

- la gestion de ce risque est du ressort de chaque CPAM qui dispose des informations utiles pour la mettre en œuvre ;
- la liberté d'aller et venir du résident en établissement et le caractère de substitut de domicile s'opposent à la gestion par le directeur des prestations visées.

En effet, la couverture par l'EHPAD sur son « forfait soins » des prestations médicales et paramédicales liées à prise en charge des affections somatiques et psychiques, ou à la perte de l'autonomie, dépend de l'option tarifaire choisie par l'établissement dans le cadre de sa convention tripartite (options : forfait global ou forfait partiel).

Lors de son admission, le résident prend connaissance de l'organisation de l'établissement et notamment des prestations qui lui sont offertes, puis y adhère par la signature de son contrat de séjour. Ce contrat de séjour permet d'informer le résident de la prise en charge par la dotation soins de l'établissement des prestations susmentionnées. Pour autant, il traduit également les droits du résident, et notamment sa liberté d'aller et venir, le libre choix de son médecin et de son pharmacien par exemple.

Afin que l'assurance maladie puisse repérer d'éventuels « doublons » dans les demandes de prises en charge de certaines prestations, le directeur de l'EHPAD transmet à sa caisse pivot toute information utile à la gestion de ce risque (liste des résidents, nouvelles admissions). La gestion du risque d'une double prise en charge (à la fois par le biais de la dotation soin des établissements sociaux et médico-sociaux et sur l'enveloppe de ville) relève entièrement de la compétence de la caisse d'assurance maladie.

Un directeur d'établissement ne peut et n'a pas à connaître (sauf à restreindre le droit des résidents qu'il accueille), ni à vérifier, que des prescriptions sont réalisées ou honorées à l'extérieur de l'établissement.

On ne peut donc faire peser à la charge de l'établissement des sommes indûment payées par une caisse, qui n'a pas mis en œuvre son pouvoir de vérification avant d'honorer un remboursement.

Il est donc proposé le retrait de l'article et la possibilité de revoir comment les établissements pourraient venir en soutien des caisses pour mieux repérer et prévenir les situations de « doubles remboursements ».

## Article 44 : amendement relatif à la convergence tarifaire médico-sociale

Il est demandé la suppression de l'article 44 du PLFSS.

### **Exposé des motifs.**

Le principe de convergence tarifaire entre établissements, mis en œuvre depuis 2008, a conduit au blocage des dotations de certains établissements, lorsque ces dotations étaient supérieures à un plafond défini par circulaire (circulaire budgétaire du 15 février 2008).

Ce blocage des dotations peut se traduire par un taux d'évolution nul, ce qui est extrêmement délicat à mettre en œuvre dans un contexte de difficultés de recrutement, d'augmentation des charges salariales (protocoles et revalorisations non financés), ou encore d'inflation importante. Par ailleurs, les établissements doivent se réorganiser, se moderniser et sont engagés dans des démarches d'amélioration de la qualité qui peuvent nécessiter des financements.

L'article 44 du PLFSS dans son I prévoit aujourd'hui une diminution des tarifs et un alignement de tous sur les tarifs « plafonds ». Cette convergence « par le bas » n'est pas soutenable, alors même que les besoins de prise en charge ne sont pas couverts à ce jour et que les établissements doivent continuer à évoluer en terme de qualité.

La FHF demande que cet article soit supprimé, sachant qu'un principe de convergence « à la moyenne » est par ailleurs déjà mis en œuvre depuis 2008 par le plafonnement des dotations des établissements.

En outre, la réforme de la tarification des établissements décrite dans la suite de l'article 44 sous la forme d'une tarification « à la ressource » pose la question du maintien des trois sections tarifaires.

La réflexion sur le passage de 3 sections à 2 sections seulement est actuellement conduite dans le cadre des concertations sur la création du 5<sup>e</sup> risque.

Le PLFSS ne peut dès lors, et avant que ces concertations aient abouti, réformer la tarification des EHPAD dans le cadre d'un article non discuté avec les acteurs concernés.

Il est demandé la suppression de l'article 44 et le suivi de la concertation sur ce sujet dans le cadre du 5<sup>e</sup> risque.

## Article 45 : amendement relatif à la réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010

Il est proposé la suppression de l'article 45 du PLFSS.

### **Exposé des motifs.**

L'article 45 du projet de loi prévoit la réintégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD.

L'objectif de la mesure est de permettre la gestion « en interne » de l'enveloppe « médicaments », dans le cadre de la dotation soins.

Cette gestion en interne doit permettre :

- une optimisation de la dépense médicamenteuse par l'amélioration des prescriptions (et meilleure politique d'achat)
- une optimisation de la qualité et de la sécurité pour le résident (iatrogénie)

En outre, cette mesure est consécutive à la réintégration dans la dotation soins des dispositifs médicaux (DM), à compter du mois d'août 2008.

La FHF et le Syndicat National de Gériatrie Clinique (SNGC) considèrent que si les objectifs portés par cette disposition sont louables, les pré-requis ne sont pas réunis pour sa mise en œuvre. En effet, plusieurs points doivent être rappelés :

L'EHPAD est un substitut de domicile pour la personne âgée qui y est accueillie. Celle-ci met en œuvre le libre choix de son médecin. Le rôle du médecin coordonateur dans ce cadre est un rôle de coordination. Celui-ci n'est investi d'aucun pouvoir sur la prescription de son confrère, généraliste ou spécialiste, intervenant auprès du résident. De même, le directeur n'a aucune prise sur la prescription du généraliste.

Deux pré-requis sont ainsi nécessaires concernant le statut du médecin coordonateur :

- celui-ci doit avoir un statut comprenant de véritables pouvoirs de régulation sur la prescription de ses confrères libéraux ;
- les efforts pour permettre aux EHPAD de disposer de temps de médecin coordonateur en EHPAD, et pour s'attacher des médecins salariés, doivent être soutenus. Il s'agit de donner les moyens d'une fidélisation et d'une stabilisation des ressources médicales en EHPAD, qui sont les conditions nécessaires à la conduite d'une politique du médicament.

Un groupe de travail réunissant les acteurs concernés : Conseil de l'Ordre des médecins, fédérations du secteur, médecins coordonnateurs et représentants des médecins généralistes devait être réunis pour évoquer l'ensemble des difficultés juridiques existantes. Celui-ci doit être mis en place rapidement.

Par ailleurs, les crédits de médicalisation des EHPAD n'ont à ce jour pas permis d'atteindre les objectifs suffisants, en termes de taux d'encadrement et de stabilisation de la ressource médicale, pour accompagner cette démarche d'optimisation de la prescription.

De plus, la confusion entre optimisation de la prescription et optimisation de l'achat doit être levée.

De surcroît, la consommation (en valeur) a pu augmenter ces dernières années en raison de la prise en soins en EHPAD de personnes âgées polypathologiques pouvant bénéficier de traitements coûteux. Les innovations dans ce secteur permettent la prise et le suivi de traitement à domicile - ou substitut (par exemple de chimiothérapie par voie orale). Ces évolutions doivent être mesurées et l'accès aux traitements des personnes âgées doit être étudié. La reconnaissance dans le champ sanitaire de molécules coûteuses en dehors des tarifs doit pouvoir trouver son corollaire dans le champ médico-social. La réintégration des médicaments doit ainsi tenir compte a priori de ce volet accès aux innovations et aux traitements coûteux par la mise « hors liste » d'un certain nombre de médicaments.

Ainsi, deux listes de médicaments pourraient être élaborées.

- Une liste limitative de médicaments au sein de laquelle les médecins généralistes devraient prescrire. Ces derniers seraient tenus au respect de cette liste dans le cadre d'un contrat clair d'engagement avec l'établissement.
- Une liste de « médicaments hors dotation soins » pour les traitements les plus coûteux et l'accès aux innovations, dans un souci de respect du droit d'accès aux soins de qualité.

Enfin, la FHF et le SNGC souhaitent que soit réalisé un bilan quantitatif et qualitatif sur 6 mois de la réintégration des dispositifs médicaux (et principalement des dispositifs médicaux consommables sur cette période courte) dans les forfaits soins. Les questions relatives à l'accès aux soins et à la qualité de la prise en charge ont été soulevées de la même manière pour les DM que pour les médicaments.

Il est donc demandé que des garanties soient apportées avant la mise en œuvre de la disposition prévue à l'article 45 du PLFSS, sous peine d'exposer les résidents à des pertes de chance et de qualité, et les médecins coordonateurs à des objectifs impossibles à mettre en œuvre.

**Article additionnel après l'article 48 : amendement relatif à l'adaptation des règles relatives à la CMU et à la CMU complémentaire pour les personnes âgées et handicapées démunies résidant en établissement d'hébergement sanitaire et social**

Il est proposé d'ajouter un article supplémentaire après l'article 48 du PLFSS.

L'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

*Après les mots « lorsque celles-ci ont été interrompues », sont insérés les mots suivants « Pour les personnes bénéficiant de l'aide sociale et hébergées dans un établissement, seul leur reste à vivre défini par l'article L132-3 du code de l'action sociale et des familles est pris en compte dans le calcul des ressources ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire ».*

**Exposé des motifs.**

Il est proposé d'améliorer l'accès à une protection complémentaire d'assurance maladie pour des personnes hébergées en établissement médico-social. La mise en place de franchises sur les biens et prestations de santé accentue l'importance d'une adaptation des règles existantes, sauf à créer un effet d'éviction au détriment de personnes vulnérables disposant de revenus très modestes.

Actuellement le seuil de ressources pour bénéficier de la CMU complémentaire est fixé légèrement au-dessus du montant de minimum vieillesse. Dans le même temps, l'ensemble des ressources des personnes âgées ou handicapées hébergées en établissement et admises à l'aide sociale sont prise en compte dans le calcul des ressources permettant de bénéficier de la CMU complémentaire.

Or, en réalité, quand les personnes sont admises à l'aide sociale, 90% de leurs ressources sont reversées au conseil général et elles n'en conservent que 10% ou 30% ce qui représente des montants très faibles et ne leur permet pas de cotiser à une complémentaire santé.

Conscients de cette difficulté, certains conseils généraux ont accepté de déduire des 90% qui leur sont reversé le montant de la souscription à une assurance maladie complémentaire.

Mais cette approche louable au titre de l'aide sociale facultative ne couvre pas tous les départements : très souvent, les personnes concernées doivent s'en acquitter sur leur 10% ou 30% de reste à vivre.

Il est donc proposé d'insérer une disposition visant à faire bénéficier ces personnes de la CMU complémentaire, afin de compenser l'impact de l'instauration de franchises sur les biens et prestations de santé.

**Article additionnel après l'article 48 : amendement relatif à l'attribution d'une allocation d'études aux étudiants masseurs kinésithérapeutes en contrepartie d'un engagement de servir dans le service public hospitalier**

Il est proposé d'ajouter un article supplémentaire après l'article 48 du PLFSS.

Un nouvel alinéa est inséré à l'article L.4321- 3 du code de la santé publique, ainsi rédigé :

*« Les étudiants en masso-kinésithérapie peuvent percevoir une allocation d'études en contrepartie d'un engagement de servir de trois ans dans le service public hospitalier de la région dans laquelle ils sont formés. Les modalités de mise en œuvre de ces dispositions sont fixées par voie réglementaire ».*

**Exposé des motifs.**

Compte tenu des difficultés de recrutement actuelles dans le corps professionnel des masseurs kinésithérapeutes, cet amendement a pour objet de fidéliser les étudiants en masso-kinésithérapie dans un établissement ayant des missions de service public hospitalier au sein du territoire de santé où ils ont été formés.

**Article additionnel après l'article 48 : amendement relatif à l'attribution d'une allocation d'études aux étudiants en médecine en contrepartie d'un engagement de servir dans le service public hospitalier**

Il est proposé d'ajouter un article supplémentaire après l'article 48 du PLFSS.

Il est inséré un article L.6153-2 au Code de la Santé Publique ainsi rédigé :

*TITRE I – PERSONNELS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES*

*Chapitre III Etudiants en médecine*

*A compter de la 4<sup>ème</sup> année de médecine (DCEM 2) et jusqu'à l'examen classant national, les étudiants en médecine peuvent percevoir une allocation d'études en contrepartie d'un engagement de servir de trois ans dans le Service Public hospitalier après obtention de leur diplôme. Les modalités de mise en œuvre de ces dispositions sont fixées par voie réglementaire ».*

**Exposé de motifs.**

La présente mesure a pour objectif d'inciter les jeunes médecins à s'engager dans la carrière hospitalière pendant une durée minimale à l'issue de leur formation. Pour cela, une allocation d'étude peut leur être octroyée durant les années d'études où ils sont présents à l'hôpital mais peu rémunérés. Dans un contexte de pénurie médicale, cette mesure incitative permettra au service public hospitalier de fidéliser une partie des étudiants qu'ils ont formés.

Il est donc proposé d'insérer une disposition visant à attribuer une allocation d'étude aux étudiants, en contrepartie d'un engagement de servir dans le service public hospitalier.

**Article additionnel après l'article 48 : amendement permettant l'introduction d'une disposition protégeant le service public hospitalier en cas de démission de praticiens hospitaliers.**

Il est proposé d'ajouter un article supplémentaire après l'article 48 du PLFSS.

Il est inséré, dans le Code de la Santé Publique, un article L.6152-7 ainsi rédigé :

*« Dans un délai de 2 ans suivant leur démission, il est interdit aux praticiens hospitaliers titulaires d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont il sont démissionnaires. Les modalités d'application de cet article sont réglées par voie réglementaire ».*

**Exposé des motifs.**

Le code de déontologie médicale admet une restriction au principe de liberté d'installation des médecins, afin de les protéger de la concurrence déloyale que pourrait leur faire un confrère. C'est ainsi que l'article 86 du code de déontologie médicale (codifié R4127-86 dans le code de la santé publique) précise qu'un médecin, ou un étudiant, qui a remplacé un de ses confrères pendant une période de trois mois ne peut entrer en concurrence directe avec ce médecin pendant une période de deux ans.

Toutefois, aucune protection de ce type n'existe pour le service public hospitalier. Pourtant, celui-ci subit pleinement une forme de concurrence directe qu'exercent certains établissements de santé privés. En effet, dans un contexte de pénurie médicale, ceux-ci sollicitent les praticiens hospitaliers en leur proposant des rémunérations beaucoup plus élevées qu'à l'hôpital. La démission d'un praticien hospitalier (qui est de droit dans un délai maximal de 6 mois) a pour effet « d'amputer » les hôpitaux d'une partie de leur activité sans qu'ils puissent, le plus souvent, recruter un autre praticien dans un délai rapide, tout en étant obligés de continuer à rémunérer l'ensemble des personnels qui étaient dévolus à cette activité. Le préjudice subi, tant en termes d'offre de soins, que d'un point de vue financier (T2A), est très important.

Ces situations de démission de praticiens hospitaliers au profit de structures concurrentes sont d'autant plus problématiques que les établissements privés qui les recrutent sont, eux, protégés par des clauses de non-concurrence.

Le présent article a donc pour objet d'étendre au service public hospitalier la protection prévue à l'article 86 du code de déontologie médicale.

## Article additionnel après l'article 48 : amendement relatif à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel

Il est proposé d'ajouter un article supplémentaire après l'article 48 du PLFSS.

Il est ajouté un article L 6152-7 au code de la santé publique.

*« Des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre mer et des collectivités d'outre-mer par arrêté du ministre chargé de la santé. Cet arrêté fixe les modalités précises de ces expérimentations, et notamment la durée de l'expérimentation, les établissements qui en sont chargés, les conditions de mise en œuvre, ainsi que les modalités de son évaluation. »*

### **Exposé des motifs.**

Plusieurs établissements publics de santé des départements d'Outre-mer et des collectivités d'Outre-mer font face à de grandes difficultés de recrutement et de fidélisation des praticiens des hôpitaux à temps partiel. La mesure a pour objet de permettre le recrutement de praticiens hospitaliers à temps partiel avec une organisation du temps de travail annualisée.

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

## Article additionnel après l'article 48 : amendement concernant la formation médicale continue

Il est proposé d'ajouter un article supplémentaire après l'article 48 du PLFSS.

Il est inséré un troisième alinéa à l'article L 6155-4 du code de la santé publique.

*« Les établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière versent une contribution, dont le taux est fixé par décret, aux fins d'assurer le financement de la formation médicale continue institutionnelle et managériale des praticiens énumérés à l'article L.6152-1 du code de la santé publique. Le taux de la contribution ne peut excéder 0.10% de la masse salariale des praticiens énumérés à l'article L.6152-1 du code de la santé publique. La gestion et la mutualisation de cette contribution est confiée à un organisme paritaire collecteur agréé par l'Etat. »*

### **Exposé des motifs.**

Parmi les propositions du rapport du Sénateur Larcher figurent le renforcement et le pilotage de la formation médicale continue hospitalière.

Pour y parvenir, il est notamment préconisé d'augmenter les financements publics de la formation médicale et de confier leur gestion à un organisme paritaire agréé.

Par ailleurs, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire insiste sur le rôle des chefs de pôle dans la mise en œuvre de la politique de l'établissement. Il est donc indispensable de donner les moyens et les outils aux établissements d'assurer une formation médicale sur le plan institutionnel et managérial, au bénéfice de leurs praticiens.

Il est donc proposé d'instaurer une cotisation obligatoire auprès des établissements, afin de financer la formation médicale continue et d'en confier la mutualisation et la gestion à un organisme paritaire agréé par l'Etat.

## Article additionnel après l'article 48 : amendement relatif à l'intéressement des personnels

Il est proposé d'ajouter un article supplémentaire après l'article 48 du PLFSS.

Il est inséré un article L 6145-18 au code de la santé publique.

*« Lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat de l'activité principale, le directeur peut proposer au Conseil d'Administration de répartir tout ou partie de cet excédent aux personnels de l'établissement.*

*Le Conseil d'Administration délibère sur les modalités de cet intéressement sur proposition du conseil exécutif après avis du Comité Technique d'Etablissement et de la Commission Médicale d'Etablissement.*

*Le montant global des primes d'intéressement distribuées aux bénéficiaires ne peut dépasser 10 % du montant total des salaires bruts.*

### Exposé des motifs.

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

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

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

## Article additionnel après l'article 48 : amendement relatif aux modalités d'information des établissements.

Il est proposé d'ajouter un article supplémentaire après l'article 48 du PLFSS.

« Il est inséré dans le code de la santé publique (Sixième partie, Livre Ier, Titre II, Chapitre II) un article L. 6122-22 rédigé comme suit:

« I - Est interdite, y compris auprès des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, la propagande ou la publicité, directe ou indirecte, en faveur d'un établissement de santé, d'un organisme ou d'un service, assurant l'une des missions mentionnées aux articles L.6111-1, L.6111-2, L.6111-3, L.6112-1 du présent code et dont la création, la conversion et le regroupement des activités de soins fait l'objet de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du présent code. Est considérée comme propagande ou publicité directe ou indirecte, au sens du premier alinéa, toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir un établissement de santé, un organisme ou un service assurant l'une des missions figurant aux articles L.6111-1, L.6111-2, L.6111-3, L.6112-1 du présent code et soumis à l'autorisation visée à l'alinéa précédent.

II - Cette interdiction ne fait pas obstacle à l'information du public et des professionnels de santé médicaux et paramédicaux. Cette information doit cependant être limitée aux données administratives et pratiques concernant l'établissement de santé, l'organisme ou le service assurant la ou les missions figurant aux articles L.6111-1, L.6111-2, L.6111-3, L.6112-1 du présent code, notamment, les adresses postales et électroniques, les numéros de téléphone et de télécopie, les jours et heures de consultation, les capacités en lits ou places, les équipements dont les équipements lourds, la composition du corps médical et paramédical, les données relatives à l'activité, le livret d'accueil. Elle ne fait pas non plus obstacle à la publication d'articles ou de communications à caractère technique ou scientifique en particulier dans les publications professionnelles spécialisées, ni à la publication d'articles mettant en comparaison des services en identifiant, implicitement ou explicitement, un concurrent ou des services offerts par un concurrent. Cependant, dans ce dernier cas, la publication n'est licite que si :

1° Elle n'est pas trompeuse ou déloyale ou de nature à induire en erreur ;

2° Elle porte sur des services répondant strictement aux mêmes besoins ou ayant le même objectif ;

3° Elle compare objectivement une ou plusieurs caractéristiques essentielles, pertinentes, vérifiables et représentatives de ces services, dont le prix peut faire partie.

III - La création, le transfert, la fusion de l'établissement, l'obtention ou le retrait d'une autorisation, les opérations de coopération, peuvent également donner lieu à un communiqué dans la presse écrite. Toute information ou publication, lorsqu'elle est autorisée, doit être véridique, loyale et formulée avec tact et mesure.

IV - Est puni de 37500 euros d'amende toute publicité ou propagande au sens du présent article. Sont passibles des mêmes peines, quel que soit le mode de publicité ou de propagande utilisé, les personnes qui tirent profit d'une publicité ou d'une propagande irrégulière et les agents de diffusion de cette publicité ou de cette propagande. Les dispositions prévues à l'alinéa précédent sont applicables lorsque cette publicité ou cette propagande, faite à l'étranger, est perçue ou diffusée en France. Dans tous les cas, le tribunal peut ordonner la saisie et la destruction des documents et objets publicitaires concernés. Les personnes

*morales peuvent être déclarées pénalement responsables, dans les conditions prévues à l'article 121-2 du code pénal, des infractions prévues au présent article.*

*Le tribunal peut, compte tenu des circonstances de fait, décider que les personnes morales sont en totalité ou en partie solidairement responsables du paiement des amendes mises à la charge de leurs dirigeants ou de leurs préposés.*

*V - Le tribunal ordonne, s'il y a lieu, la suppression, l'enlèvement ou la confiscation de la publicité ou de la propagande interdite aux frais des contrevenants. La cessation de la publicité ou de la propagande peut être ordonnée soit sur réquisition du ministère public, soit d'office par le juge d'instruction ou le tribunal saisi des poursuites. La mesure ainsi prise est exécutoire nonobstant toutes voies de recours. Mainlevée peut en être donnée par la juridiction qui l'a ordonnée ou qui est saisie du dossier. La mesure cesse d'avoir effet en cas de décision de non-lieu ou de relaxe. Les décisions statuant sur les demandes de mainlevée peuvent faire l'objet d'un recours devant la chambre de l'instruction ou devant la cour d'appel selon qu'elles ont été prononcées par un juge d'instruction ou par le tribunal saisi des poursuites. La chambre de l'instruction ou la cour d'appel statue dans un délai de dix jours à compter de la réception des pièces. »*

### **Exposé des motifs.**

L'intervention du législateur, pour l'ensemble des établissements de santé, paraît aujourd'hui indispensable pour mettre un terme aux dérives d'ordre publicitaire qui ont pu être observées. Le cadre juridique actuel ne permet, en effet, ni de poursuivre systématiquement les auteurs des publicités en faveur d'établissements de santé privés (sauf lorsque ces publicités visent à promouvoir des services médicaux), ni de limiter les publications en faveur de certaines catégories d'établissements (sauf lorsque les propos sont à l'évidence mensongers), ni de fonder légitimement la publication d'informations à visée promotionnelle des établissements publics de santé.

Cette intervention permettrait en outre de disposer de règles communes à tous les établissements (limitation de la publicité à la publicité informative, règles déontologiques, instauration d'un organisme de vérification, voire dépôt préalable), sur le modèle de la réglementation de la publicité pour les établissements d'enseignement.

Il s'agit donc de clarifier le cadre juridique dans lequel pourrait s'effectuer, en toute sécurité juridique, l'information, y compris à caractère publicitaire, des établissements de santé. La publicité informative à laquelle ils pourraient recourir devrait ainsi répondre aux obligations posées notamment en matière de médicament : être objective, claire, complète, exacte et vérifiable.

La publicité des établissements de santé pourrait notamment porter sur les informations administratives nécessaires aux patients et aux clients, les actions de santé publique menées, les actions d'éducation pour la santé, de prévention, de médecine préventive, - les examens de diagnostic, les traitements proposés (soins préventifs, curatifs, palliatifs), les obligations du service public hospitalier : égalité (recevoir tous les malades), continuité (ouverture permanente), la participation à des réseaux de santé...

Il est donc proposé de permettre aux établissements de santé de mettre en œuvre des actions d'information, le cas échéant à caractère publicitaire, dans un cadre juridique adéquat.