

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1977-1978

Annexe au procès-verbal de la séance du 16 décembre 1977.

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE, modifiant et complétant certaines dispositions de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et portant dérogation, à titre temporaire, pour certains établissements hospitaliers publics ou participant au service public hospitalier, aux règles de tarification ainsi que, pour les soins donnés dans ces établissements, aux modalités de prise en charge.

Par M. Jean CHÉRIOUX,

Sénateur.

(1) Cette Commission est composée de : MM. Robert Schwint, président; Lucien Grand, Jacques Henriet, Bernard Lemarié, Hector Viron, vice-présidents ; Hubert d'Andigné, Roland du Luart, Jean Mézard, André Rabineau, secrétaires ; Jean Amelin, Hamadou Barkat Gourat, Jean Béranger, Noël Berrier, André Bohl, Louis Boyer, Jean-Pierre Cantegrit, Jean Chérioux, Michel Crucis, Georges Dagonia, Michel Darras, Jean Desmarets, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Henri Goetschy, Jean Gravier, Marceau Hamecher, Michel Labèguerie, Edouard Le Jeune, Roger Lise, Pierre Louvot, Serge Mathieu, Marcel Mathy, André Méric, Michel Moreigne, Mme Rolande Perlican, MM. Jean-Jacques Perron, Guy Robert, Victor Robini, Pierre Sallenave, Albert Sirgue, Marcel Souquet, Bernard Talon, Henri Terré, René Touzet, Georges Treille, Jean Varlet, Jacques Verneuil.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (5^e légial.) : 3210, 3289 et in-8° 812.

Sénat : 178 (1977-1978).

Hôpitaux. — Établissements hospitaliers, de soins, de cure - Santé - Sécurité sociale - Assurance maladie - Ticket modérateur - Hospices - Comptabilité publique - Code de la sécurité sociale.

SOMMAIRE

	Pages
Introduction	3
I. — La prise en charge forfaitaire des soins dispensés dans les établissements sociaux, par les services de soins à domicile et dans les centres hospitaliers de long séjour (Titres I et II)	6
1. La genèse des dispositions proposées :	6
a) Les différents modes d'hébergement offerts aux personnes âgées	6
b) Les modes actuels de prise en charge	7
c) La nécessité de rechercher des solutions nouvelles	7
2. Leur caractère novateur :	9
a) La notion de forfait soins et ses variantes	10
b) La généralisation du tiers payant	11
c) La « caisse-pivot »	12
d) La suppression du ticket modérateur	12
e) Les services de soins à domicile	13
3. Leur portée :	13
a) Observations générales	14
b) Incidences financières	15
c) Cohérence	18
d) Préservation de l'exercice libéral des professions médicales et paramédicales	19
e) Autonomie des régimes de sécurité sociale	20
f) Date d'entrée en vigueur	20
g) Le problème posé par l'hébergement temporaire des personnes invalides demeurant habituellement dans leur famille	21
II. — La réforme expérimentale de la tarification hospitalière (titre III)	22
1. <i>Le prix de journée éclaté</i>	23
2. <i>Le budget global</i>	24
III. — Examen en commission	27
IV. — Examen des articles	29
V. — Tableau comparatif	39
Amendements	59

Mesdames, Messieurs,

Le Gouvernement avait annoncé, au début de la présente session, le dépôt d'un projet de loi permettant de donner une base légale aux expériences nouvelles de tarification des prestations hospitalières, entreprises en « blanc » dans quelques hôpitaux publics depuis le début de 1977, et qui doivent être poursuivies en réel pour permettre une bonne appréciation de leur efficacité. Il s'agit enfin, après sept années de tâtonnements, de répondre à l'exigence posée par l'article 52 de la loi hospitalière du 31 décembre 1970 qui posait le principe d'une réforme des prix de journée. Il faudra encore attendre deux ans pour que cette réforme devienne effective par la généralisation d'une des deux formules expérimentées (prix de journée éclaté et budget global) ou, qui sait, par le choix d'un troisième système idéal, encore à définir, qui permettrait de cumuler leurs avantages respectifs.

Le présent projet de loi ouvre donc la voie vers la recherche de solutions adéquates au problème général de la tarification des hôpitaux publics. Mais cette question ne fait l'objet que de son titre III. En cours de route, le champ d'application du texte a été élargi à d'autres problèmes.

Il comporte en effet une série de dispositions définissant selon quelles modalités seront prises en charge par la Sécurité sociale les dépenses de soins dispensés aux personnes âgées hébergées dans les différents établissements susceptibles de les recevoir en long séjour, soit dans le secteur social (titre premier du projet de loi), soit dans le secteur sanitaire (titre II du projet de loi). Par extension, est également réglé le problème de la prise en charge des soins prodigués aux personnes âgées qui restent chez elles par les services de soins à domicile. L'objectif est d'harmoniser ces modalités de prise en charge. Le principe retenu est celui d'un forfait soins, annuel et global dans les établissements sociaux, journalier dans les centres hospitaliers de long séjour, individuel en ce qui concerne les services de soins à domicile.

Ce principe du forfait était déjà prévu, dans le secteur social, par l'article 27 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, dite loi « sociale ». Mais son application pratique nécessite de déroger aux règles légales habituelles de prise en charge par la Sécurité sociale des soins dans les établissements. Le mécanisme n'a donc pas pu être mis en place par voie réglementaire. Il faut un support législatif.

Il en est de même dans le secteur sanitaire, où l'Administration a tenté de promouvoir dans les centres de long séjour un système de forfait soins journalier par voie de circulaire.



La première partie de ce rapport sera consacrée à l'étude des titres premier et II du projet de loi, relatifs à la prise en charge forfaitaire des soins dans les établissements hébergeant des personnes âgées. Pour être tout à fait précis, indiquons d'emblée que la portée des dispositions prévues en la matière va au-delà des problèmes posés par les personnes âgées, puisqu'elles s'appliquent très généralement à l'ensemble des établissements sociaux d'hébergement et à l'ensemble des centres hospitaliers de long séjour.

Dans une seconde partie, nous examinerons le titre III relatif à l'expérimentation des deux réformes du prix de journée hospitalier. Nous tenterons de mesurer les avantages et les inconvénients des deux formules envisagées.

Outre ces deux séries de dispositions, qui constituent le corps essentiel du projet de loi, il est également proposé quelques aménagements de la loi « sociale » de 1975 et de la loi hospitalière de 1970 que nous analyserons à l'occasion de l'examen des articles.



Nous verrons que, sous couvert de régularisation de textes réglementaires correspondant à des options prises au cours des années passées par le législateur, le projet de loi soumis à l'examen du Sénat soulève de nombreuses questions de principe et traduit certains changements fondamentaux de notre politique sanitaire et sociale. Comme les dispositions proposées ont, en outre, un caractère très technique qui en rend l'assimilation et l'appréciation délicates, votre Commission se sent en droit de protester vigoureusement contre les conditions de travail qui sont imposées au Parlement et au Sénat en particulier. Le projet de loi a été déposé à la mi-novembre sur le bureau de l'Assemblée nationale. Cette dernière l'a adopté le 14 décembre dernier, tard dans la soirée, et l'a modifié sur de nombreux points. Votre Commission l'a examiné dès le vendredi 16 décembre, afin de tenir le calendrier rigoureux imposé par un ordre du jour de fin de session par ailleurs très fortement chargé dans le domaine législatif qui la concerne. C'est dire combien le temps qui nous a été imparti a été bref. Une telle hâte ne peut être que préjudiciable à la qualité du travail parlementaire et à la qualité des textes qui émanent des délibérations des assemblées.

Votre Rapporteur a cependant fait tout son possible pour procéder aux consultations nécessaires à la compréhension du texte, et pour étudier et proposer certains aménagements. Mais il n'a pas bénéficié de délais suffisants ni pour prendre connaissance dans le détail des débats de l'Assemblée nationale, ni pour élaborer un rapport aussi complet qu'il eut été souhaitable.

Espérons cependant que les quelques développements qui vont suivre permettront d'éclairer le Sénat sur la portée d'un texte complexe dont les implications sont multiples.

TITRES PREMIER ET II

I. - LA PRISE EN CHARGE FORFAITAIRE DES SOINS DISPENSÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX, PAR LES SERVICES DE SOINS A DOMICILE ET DANS LES CENTRES HOSPITALIERS DE LONG SÉJOUR

Nous analyserons successivement la genèse du projet de loi, à partir de la situation actuelle, puis le dispositif proposé, dont nous soulignerons le caractère novateur. Enfin nous tenterons d'apprécier la portée des dispositions prévues.

I. La genèse des dispositions proposées.

a) Les différents modes d'hébergement offerts aux personnes âgées.

Les personnes âgées peuvent être hébergées dans différentes catégories d'établissements dont les structures et les équipements correspondent aux différents stades évolutifs de leur état de santé et qui relèvent, soit du secteur social, soit du secteur sanitaire.

Dans le secteur social, on distingue :

- les logements-foyers, qui offrent les structures d'accueil les plus proches de la vie à domicile,
- les maisons de retraite, publiques ou privées,
- les hospices,
- les sections d'hospices rattachées à un établissement hospitalier, qui sont à la charnière entre le secteur social et le secteur sanitaire.

Dans le secteur sanitaire se sont développés dans le cadre de la transformation des hospices liés à la politique d'humanisation des hôpitaux, des centres de long séjour, plus médicalisés que les hospices traditionnels, sous forme d'unités industrialisées type V. 120-V. 240.

Enfin, un certain nombre de personnes âgées sont hébergées dans les hôpitaux psychiatriques.

b) Les modes actuels de prise en charge.

Les frais de séjour dans ces différents établissements, à l'exception des hôpitaux psychiatriques, sont en principe pris en charge par l'intéressé ou par sa famille. Si la pension de la personne âgée ne suffit pas à couvrir les frais ou si ses débiteurs d'aliments ne sont pas fortunés, tout ou partie du prix de journée est assumé par l'aide sociale, avec récupération sur la succession du bénéficiaire. Les dépenses sont classées dans le groupe III des dépenses d'aide sociale. Il n'y a pas de participation de la Sécurité sociale au prix de journée, qui est un prix de journée hébergement.

Les soins dispensés aux personnes hébergées sont donc pris en charge sous deux formes. Soit la personne âgée fait appel à la médecine libérale ; les soins sont alors remboursés à l'acte, soit par le régime de Sécurité sociale dont relève l'intéressé, soit, à défaut, par l'aide médicale. Soit l'établissement emploie un certain nombre de personnels médicaux ou para-médicaux, à temps plein ou à la vacation, dont la rémunération entre dans les dépenses de fonctionnement de l'établissement et se trouve, comme telle, incluse dans le prix de journée hébergement.

Dans les sections d'hospices rattachées à un établissement hospitalier, bien souvent les soins sont dispensés par un médecin dont la rémunération est prise en charge non dans le cadre du prix de journée propre de la section, qui ne couvre que l'hébergement mais, à travers le solde de la masse des honoraires, en définitive par le prix de journée de l'hôpital, c'est-à-dire par la Sécurité sociale. Il y a donc un transfert de la charge afférente aux soins de la section d'hospice sur le budget des services actifs de l'hôpital.

Dans les hôpitaux psychiatriques, on sait que le prix de journée est intégralement pris en charge par l'assurance maladie, sans aucun ticket modérateur, et sans retenue sur la pension de la personne âgée.

c) La nécessité de rechercher des solutions nouvelles.

Les besoins des personnes âgées évoluent. Grâce aux progrès de la thérapeutique, la durée de la vie s'allonge. Par suite la population hébergée dans les établissements vieillit : l'âge moyen a augmenté, en une dizaine d'années, de huit à dix ans. Ce phénomène est accentué par la politique de maintien à domicile. Les personnes âgées ont tendance à rester chez

elles le plus longtemps possible et ne se résolvent à entrer dans une maison de retraite ou à l'hospice que lorsque l'aggravation de leur état de santé les y contraint.

Le vieillissement de la population hébergée engendre des besoins sanitaires nouveaux et incite à la mise en place de formes spécifiques de soins au sein même des établissements. L'hôpital, trop fortement médicalisé, et trop coûteux, n'est pas adapté à l'état de santé des vieillards grabataires qui ont plus besoin de « nursing » que de soins intensifs. Il convient d'ailleurs, pour des motifs psychologiques bien compréhensibles, de leur éviter le transfert à l'hôpital, choquant et dramatique lorsqu'elles sont habituées à l'environnement plus humain de leur maison de retraite.

Les Pouvoirs publics sont depuis longtemps conscients de ces problèmes. Cette préoccupation s'est traduite dans une évolution des équipements selon deux voies principales : la médicalisation des maisons de retraite et le remplacement des hospices par des équipements neufs plus médicalisés.

La médicalisation des maisons de retraite est prévue dans le cadre de la loi « sociale » de 1975 (art. 5), qui prévoit la possibilité d'y créer des sections de cure médicale permettant de soigner sur place les personnes hébergées dont l'état de santé s'aggrave. Le décret d'application de ces dispositions est paru très récemment (décret n° 77-1289 du 22 novembre 1977 - J.O. du 26 novembre 1977). Il concerne les maisons de retraite, les hospices publics et les foyers-logements. La capacité de la section de cure médicale ne peut dépasser le quart de la capacité d'hébergement de l'établissement.

La transformation des hospices publics, qui ne répondent plus aux exigences nouvelles de notre époque, a été prévue par l'article 23 de la loi sociale.

D'ici à 1985, tous les hospices doivent être transformés soit en unités d'hospitalisation, soit en centres de cure, soit en établissements publics autonomes destinés à l'hébergement des personnes âgées.

Dans la pratique, un certain nombre d'hospices ont été remplacés par des constructions neuves, sous forme d'unités industrialisées, comportant des unités de moyen ou de long séjour. Cette politique d'équipement, qui s'inscrit à l'actif de l'humanisation des hôpitaux, a été accélérée dans le cadre du plan de redressement économique de 1975. Les unités de long séjour, principalement destinées à l'hébergement des personnes âgées, ont été conçues dans la perspective d'accueil de vieillards semi-valides ou invalides, et pourvues d'un équipement et d'un personnel médical et paramédical adéquat plus développé que dans les anciens hospices.

Dès lors s'est posé, concurremment avec la médicalisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées sous les formes que

nous venons de décrire succinctement, le problème de la prise en charge des soins.

Comme nous l'avons signalé dans l'introduction du présent rapport, la loi « sociale » du 30 juin 1975 a prévu, dans son article 27, la possibilité d'une prise en charge, par les régimes de sécurité sociale, des soins médicaux dispensés dans les établissements sociaux « sous une forme éventuellement forfaitaire » et renvoyé au décret pour fixer les modalités d'application de cette disposition. Mais le législateur n'avait pas, à l'époque, mesuré à quel point, pour être efficace, un système de forfait impliquait de bouleverser les règles traditionnelles de prise en charge des soins par la Sécurité sociale. L'Administration, qui a tenté de mettre au point un décret d'application conforme à l'intention du législateur, a dû renoncer, à la demande du Conseil d'Etat, faute de bases légales suffisantes.

Dans les établissements de long séjour relevant du secteur sanitaire, il est devenu impossible, compte tenu des innovations introduites dans le secteur social, de continuer à maintenir le système du prix de journée hébergement applicable dans les hospices. C'est pourquoi l'Administration a élaboré une circulaire (circulaire du 6 juin 1977) qui fixe les bases d'un système original de double prix de journée dans les services de long séjour, distinguant une partie hébergement restant à la charge de l'intéressé, de sa famille ou de l'aide sociale, et une partie soins imputable sur les régimes de sécurité sociale. Quoiqu'illégale, car rien de tel n'est prévu, même en filigrane, ni dans la loi hospitalière, ni dans le Code de la Sécurité sociale, la circulaire a été en quelque sorte avalisée par la Caisse nationale d'assurance maladie du régime général, moyennant certaines restrictions à son champ d'application et la fixation d'un plafond national au montant des prix de journée soins qu'elle accepterait de prendre en charge (circulaire C.N.A.M. du 22 juin).

Telle est la situation, fort compliquée, dans laquelle le Parlement est appelé à mettre de l'ordre en adoptant les titres premier et II du présent projet de loi.

2. Leur caractère novateur.

Puisqu'il faut une loi pour asseoir solidement les bases du dispositif proposé, c'est qu'il est particulièrement novateur.

Quoique différent pour les établissements sociaux (titre premier), pour les services de soins à domicile (titre premier également) et pour les centres sanitaires de long séjour (titre II) ce dispositif est édifié à partir de principes communs.

Il s'agit d'instaurer un système de prise en charge forfaitaire des soins par les régimes d'assurance maladie, ce qui implique la généralisation du tiers payant, la mise en place d'un système de caisse pivot et la suppression du ticket modérateur.

Pour la clarté de l'exposé, le problème des services de soins à domicile sera examiné à part.

a) *La notion de forfait soins et ses variantes.*

Dans les *foyers logements* et les *maisons de retraite*, il est proposé de mettre en place un mécanisme de forfait soins global et annuel. Cette solution a été choisie pour sa simplicité : ces établissements, souvent de petite taille, n'ont pas les moyens matériels et administratifs suffisants pour élaborer la comptabilité complexe qu'imposerait un système de tarification individuelle des soins dispensés à leurs pensionnaires. Aussi, est-il prévu que sera déterminé chaque année une somme globale correspondant à l'évaluation des frais nécessités au cours de l'année à venir par la surveillance médicale des personnes hébergées, destinée notamment à couvrir la rémunération des personnels médicaux et paramédicaux attachés à l'établissement, employés soit à temps plein, soit à la vacation. Cette somme serait déterminée compte tenu du nombre de lits et du degré de médicalisation de l'établissement correspondant à l'état de santé moyen des pensionnaires. Dans les établissements pour valides, le forfait correspondrait à une dépense de moins de 10 francs par jour et par lit. Si l'établissement comporte une section de cure médicale, le forfait sera plus élevé (40 F par jour environ pour un lit médicalisé).

Le forfait global annuel ainsi établi prévisionnellement serait versé à l'établissement par douzièmes, chaque mois. Ces sommes viendraient en déduction de la charge de fonctionnement totale de l'établissement, qui resterait, pour le reliquat, couverte par un prix de journée hébergement traditionnel.

Le système que nous venons de présenter dans ses grandes lignes serait également appliqué, à titre transitoire, dans les *hospices* et *sections d'hospices*, dans l'attente de leur transformation.

La formule de forfait soins prévue pour les *centres de long séjour* relevant du secteur sanitaire est différente.

Généralement rattachés à un hôpital ou à un centre de moyen séjour, ces centres bénéficient d'un support administratif suffisamment étoffé pour qu'il ne soit pas indispensable d'y mettre en place un système de forfait annuel global. C'est pourquoi, conformément aux règles retenues par la circulaire du 6 juin 1977, il est proposé un mécanisme de prise en charge des soins, éventuellement plafonnée, sous forme de prix de journée. Le prix de journée soins serait valable, en principe, pour un exercice budgétaire.

taire. Le taux envisagé est de l'ordre de 70 F par jour. Le forfait soins couvrirait notamment la rémunération des personnels médicaux et paramédicaux employés par l'établissement. Ceci constitue, dans le secteur hospitalier, une innovation. Les rémunérations du personnel médical, en effet, ne sont pas incluses directement dans le prix de journée de l'hôpital mais constituent la masse des honoraires. Nous retrouverons la même nouveauté dans le cadre de l'expérimentation du prix de journée éclaté à propos de l'examen du titre III du projet de loi. Il convient de noter que le mécanisme mis en place dans les centres de long séjour, avec une distinction entre un prix de journée soins et un prix de journée hébergement, constitue en quelque sorte une application partielle du système de prix de journée éclaté expérimenté par ailleurs.

Les dispositions prévues s'appliqueront aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Pour les établissements publics et les établissements privés ayant passé convention avec l'aide sociale, le forfait (annuel ou journalier selon le cas) sera fixé par le préfet après consultation des organismes de sécurité sociale. Pour les autres établissements privés, il sera fixé par convention avec les régimes sociaux.

b) La généralisation du tiers payant.

L'institution du tiers payant s'impose dans le cadre d'un système de forfait pour plusieurs raisons.

Dans les établissements sociaux, le tiers payant est indispensable dès lors que les prestations ne sont pas individualisées mais font l'objet d'une prise en charge forfaitaire mensuelle par la Sécurité sociale. On voit mal comment on pourrait contraindre les personnes hébergées à faire l'avance de frais qui ne correspondent pas à des prestations précises. En tout état de cause, il paraît difficile, humainement, compte tenu de leurs disponibilités financières le plus souvent inexistantes, d'obliger les personnes âgées à déboursier entre 8 et 40 F par jour. Telle est la raison qui a incité les auteurs du projet de loi à généraliser le tiers payant, également dans les centres hospitaliers de long séjour où, cependant, la prise en charge est, d'une certaine manière, individualisée puisque journalière, et fonction de l'occupation effective des lits, mais aussi où les soins sont plus coûteux.

Le tiers payant est étendu aux cas où il serait fait appel, pour soigner une personne hébergée dans le secteur social, à des structures médicales ou paramédicales externes (médecins de ville, spécialistes, analyses biologiques, etc.) sur prescription d'un praticien attaché à l'établissement, ce dernier faisant l'avance des frais.

c) *La « caisse-pivot ».*

La mise en place d'un système de « caisse-pivot » découle de la logique du forfait annuel global. En effet, il est beaucoup plus pratique pour l'établissement d'avoir affaire à un seul payeur qui lui versera la totalité des sommes destinées à couvrir les frais de soins. Le projet de loi désigne, pour remplir ce rôle, la caisse d'assurance maladie du régime général de la circonscription dont relève, localement, l'établissement. Toutes les personnes hébergées dans tel ou tel établissement ne sont pas nécessairement des assurés du régime général. Aussi, la caisse-pivot est-elle habilitée à récupérer, auprès des autres régimes de sécurité sociale la part de financement qui leur revient. Cette part sera fixée au prorata du nombre de ressortissants de chaque régime obligatoire d'assurance maladie (régimes agricoles, régime des artisans, commerçants et membres de professions libérales, régimes spéciaux et divers), pensionnaires de l'établissement. Resteront toutefois en dehors du système de la caisse-pivot les personnes relevant de l'aide médicale, dont le nombre diminuera vraisemblablement au cours du temps avec la généralisation de la Sécurité sociale.

Un système de caisse-pivot fonctionnant selon les mêmes principes est également institué dans les centres hospitaliers de long séjour, quoique, il faut le dire, il apparaisse moins inévitable en l'espèce, étant donnée la prise en charge par prix de journée « effectif » que l'on pourrait aisément affecter directement au régime dont relève l'intéressé.

Mais l'esprit de parallélisme qui a animé les auteurs du projet de loi dans l'élaboration d'un texte aussi cohérent que possible, et le souci de faciliter la gestion des établissements, les ont amenés à mettre en place un mécanisme identique.

Certes, un système de caisse-pivot aurait sans doute pu être instauré, moyennant de longues négociations, par voie de convention entre les régimes de sécurité sociale. Mais l'intervention du législateur permet d'aboutir plus rapidement au résultat recherché.

d) *La suppression du ticket modérateur.*

Actuellement, comme il a été exposé ci-dessus, les frais de soins dispensés aux personnes âgées hébergées sont inclus dans le prix de journée hébergement.

Pouvait-on, dès lors que les frais de soins sont pris en charge par la Sécurité sociale, leur imposer un ticket modérateur alors qu'aucune participation financière ne leur est aujourd'hui demandée, sauf en cas de recours à la médecine libérale ? Cela n'a pas paru possible. C'est pourquoi le projet de loi prévoit que la participation de l'assuré aux frais pourra

être réduite ou supprimée. Elle sera, en fait, supprimée, ce que rend nécessaire dans les établissements sociaux le système du forfait global. Car, en effet, sur quelle base calculer le ticket modérateur ?

La législation en vigueur (art. L. 286-1 du Code de la sécurité sociale) ne permet la prise en charge à 100 % des frais de soins que dans des cas limitativement énumérés (hospitalisation de plus de trente jours, intervention tarifée à K. 50 et plus, maladie grave, notamment) qui ne correspondent pas aux situations visées par le projet de loi. Il convient donc de la compléter.

e) Les services de soins à domicile.

Les services concourant au maintien à domicile des personnes âgées (aides ménagères, services de soins à domicile) sont inclus par le présent projet dans le champ d'application de la loi « sociale » du 30 juin 1975, avec, pour corollaire, la possibilité d'une prise en charge forfaitaire des dépenses de soins paramédicaux par la Sécurité sociale. On retrouve donc pour les services de soins à domicile la mise en application du principe qui sous-tend l'ensemble des titres premier et II du projet de loi, celui du forfait. Mais, s'agissant de services et non d'équipements, les modalités prévues sont spécifiques. Tiers payant, réduction ou suppression du ticket modérateur sont retenus dans l'intérêt des bénéficiaires et dans la perspective de l'objectif même de maintien à domicile, qui impose de faciliter le recours aux soins de ville pour éviter l'hébergement. Mais il n'est pas certain, cette fois, que le décret prévoiera l'exemption intégrale du ticket modérateur, car se pose le problème de la concurrence entre les services de soins et les personnels paramédicaux de pratique libérale, que nous retrouverons dans la suite du présent rapport.

Autres différentes importantes : pas de forfait global, pas de caisse-pivot dans le projet de loi gouvernemental. Selon les indications obtenues par votre Rapporteur, il est question de prévoir par décret une prise en charge par personne et par « traitement », pour une durée de vingt jours maximum, mais renouvelable, sur autorisation préalable de la caisse de Sécurité sociale dont relève l'intéressé.

Telle est, brossée à grands traits, l'économie des titres premier et II du projet de loi dont il nous faut maintenant tenter de mesurer la portée.

3. Leur portée.

Après quelques observations générales sur la portée du texte, nous soulignerons un certain nombre d'incertitudes que votre Commission souhaiterait voir lever soit par voie d'amendement, soit grâce aux expli-

cations complémentaires qu'elle demandera au gouvernement d'apporter au Sénat, et qui peuvent être regroupées autour de cinq interrogations principales :

- Quelles seront les incidences financières de la réforme ?
- L'articulation du texte avec la législation existante est-elle pleinement satisfaisante ?
- L'exercice libéral des professions médicales et paramédicales est-il convenablement préservé ?
- L'autonomie des régimes de sécurité sociale est-elle garantie ?
- Quand le texte entrera-t-il en vigueur ?

Enfin, nous évoquerons le problème de l'hébergement temporaire des personnes âgées invalides maintenues à domicile grâce au soutien matériel de leurs familles.

a) Observations générales.

Dans son ensemble, le dispositif proposé recueille l'assentiment de votre Commission. En effet, il traduit une volonté politique de répondre aux besoins nouveaux du troisième, et surtout du quatrième âge, par l'adaptation des structures d'accueil et des modes de financement.

L'adaptation des structures d'accueil se réalise par la mise en place, entreprises depuis plusieurs années d'équipements de type nouveaux, plus médicalisés, dans lesquels les vieillards pourront recevoir les soins nécessités par leur état, dans un environnement psychologiquement plus satisfaisant que l'hospice ou l'hôpital. Cette évolution est rendue possible par les progrès de la thérapeutique et elle est favorisée par la pression des personnels médicaux et paramédicaux, aujourd'hui en nombre suffisant pour se consacrer à des tâches nouvelles. La sénescence n'est plus inéluctable. On peut la prévenir, retarder ses effets sur le délabrement physique, intellectuel et moral des personnes âgées.

L'effort d'équipement n'est pas achevé. Si les capacités d'accueil sont suffisantes pour les valides notamment, grâce aux résultats de la politique de maintien à domicile, beaucoup reste encore à faire pour assurer l'hébergement des invalides, en nombre croissant.

Le texte qui nous est proposé traduit également un changement de philosophie dans les modalités de prise en charge collective des besoins du grand âge. L'assistance fait place à la solidarité. Ce pas, notre société l'a franchi depuis de nombreuses années pour les malades, lorsque l'ancien hospice, réservé aux indigents, est devenu hôpital, financé par l'assurance maladie. Elle l'a franchi plus récemment pour les enfants handicapés. C'est aujourd'hui le tour des personnes âgées. Sous les apparences ano-

dines d'un simple transfert de charge de l'aide sociale à l'assurance maladie, nous assistons à un élargissement des missions de la Sécurité sociale, lié à l'élargissement de la notion de thérapeutique. Cette évolution signifie implicitement que notre société reconnaît que les maux dont souffrent les vieillards peuvent être combattus et limités. En outre, grâce à l'uniformisation des modes de prise en charge des soins, cesseront les inéquités actuelles dues au hasard des affectations dans telle ou telle catégorie d'établissement.

Généreuse et légitime, cette politique risque cependant, à terme, de coûter cher si l'équipement n'est pas contrôlé étroitement par les Pouvoirs publics. En effet, plus les Français vivront longtemps, plus les besoins sanitaires du grand âge augmenteront. Aussi, est-ce la plus grande incertitude qui plane sur la portée des dispositions que nous sommes appelés à adopter : leur coût. Avant d'évoquer les données financières du problème, qu'il nous soit permis, au terme de ces quelques brèves réflexions, d'émettre une crainte, ou plutôt une réserve, presque de caractère philosophique : il ne faudrait pas que, grâce aux nouveaux moyens matériels et financiers mis à leur disposition, les thérapeutes s'acharnent sur les vieillards pour les maintenir en vie à tout prix. Les personnes âgées ont le droit d'être convenablement soignées. Mais elles ont aussi le droit de mourir en paix. Il faut éviter que les maisons de retraite médicalisées et les centres de long séjour deviennent des mouiroirs de luxe.

b) Incidences financières.

Dans l'immédiat, la réforme se traduira par un transfert de charge de l'aide sociale — et des familles — sur les régimes de sécurité sociale. En effet, le forfait soins viendra en déduction du prix de journée d'hébergement, allégé d'autant.

A terme cependant, les incidences financières du système proposé, aussi bien sur le budget de la Sécurité sociale que sur celui de l'Aide sociale, sont extrêmement délicates à évaluer. A tel point que le régime général de la Sécurité sociale estime son surcroît de charge à 10 milliards de francs, tandis que le Gouvernement annonce un surcoût de 2,5 milliards, au terme du processus de transformation des hospices et de médicalisation des maisons de retraite. On trouvera dans le rapport très complet et très documenté présenté à l'Assemblée nationale par notre collègue Guinebretière une note explicative donnant tous les éléments qui permettent d'aboutir au chiffre de 2,4 milliards de francs. Mais cette note fait également ressortir à quel point cette évaluation est incertaine.

On connaît certes le nombre de lits concernés par la réforme :

— dans le secteur social : environ 265.000 lits, dont :

- 70.000 en foyers logements,

- 100.000 en maisons de retraite privées,
 - 95.000 en maisons de retraite publiques et en hospices autonomes.
- dans le secteur sanitaire : 25.000 à 30.000 lits d'invalides.

On connaît également, par le taux d'occupation des lits, le nombre de personnes hébergées.

Mais on n'évalue que très approximativement le degré d'invalidité de ces personnes. On ignore dans quels délais les maisons de retraite seront médicalisées, et à quel taux ; on ignore également, même si la loi a fixé à dix ans la fin du processus de transformation des hospices, à quel rythme il aura lieu, et dans quelle proportion ils seront transformés soit en établissements sociaux, soit en établissements sanitaires.

Or de ces différents facteurs dépend le montant global du coût des soins mis à la charge de la Sécurité sociale. Il faut bien voir également que la transformation des hospices en centres de long séjour coûte aussi à l'Aide sociale, car les prix d'hébergement y sont élevés.

La modernisation des équipements entraîne donc des charges nouvelles pour l'Aide sociale. Il n'en demeure pas moins que la réforme en elle-même va se traduire par un transfert considérable de charges de l'Aide sociale sur la Sécurité sociale. En effet, les charges des collectivités locales en matière d'hébergement des personnes âgées s'étaient alourdies par suite de la proportion grandissante des invalides dans les établissements de long séjour. C'est ainsi que, dans les établissements de long séjour de l'assistance publique de Paris, le pourcentage de valides est passé de 42 % en 1972 à seulement 6 % en 1976. Or, le prix de journée d'hébergement en section d'invalides peut atteindre et dépasser le double du prix de journée en section de valides.

Comme nous ayons tenté de le faire ressortir ci-dessus, les besoins sanitaires des personnes âgées sont quasi illimités. Les familles, les personnels médicaux et paramédicaux, les établissements eux-mêmes, certaines collectivités enfin, feront pression pour que les établissements, aussi bien sanitaires et sociaux, soient aussi confortables et aussi médicalisés que possible. Cette pression jouera sur l'équipement — constructions et aménagements — sur le personnel, et sur le coût des soins.

Il est vrai, en ce qui concerne l'évolution du nombre de lits et leur degré de médicalisation, que les Pouvoirs publics disposent de moyens de contrôle dans le cadre des deux dispositifs de coordination instaurés respectivement par la loi hospitalière et par la loi sociale. Encore serait-il souhaitable d'ailleurs, que soit organisée — même de manière informelle et sans mise en place nécessairement de structures administratives ad hoc — une coordination entre les deux secteurs. Mais que se passera-t-il si le nombre de grabataires dans un établissement social vient à dépasser

25 % des effectifs ? Comment contrôler avec certitude que les centres de long séjour hospitalier sont occupés par des invalides et non par des valides ou, au contraire, par des malades qui devraient être hébergés dans des lits actifs ? Des problèmes concrets de ce type entraîneront, s'ils ne sont pas convenablement résolus, un dérapage du système.

Il est vrai que, par ailleurs, les Pouvoirs publics et les régimes de Sécurité sociale entendent contrôler étroitement le coût des soins. Il est question dans le long séjour sanitaire de fixer un plafond national du prix de journée soins au-delà duquel il ne serait plus pris en charge par la Sécurité sociale, assorti — comme dans la circulaire du 3 juin 1977 — d'un plafond pour le prix de journée hébergement. Un tel système serait, certes, économiquement rigoureux, encore que l'instauration de ce type de plafond ait un effet pervers, qui est d'inciter les établissements à se rapprocher le plus possible dans la pratique du maximum de dépenses autorisées. Mais, peut-on imaginer que ces plafonds seront tenus dans tous les cas ? Les régimes sociaux refuseront-ils alors de prendre en charge le prix de journée soins si les plafonds sont dépassés dans les faits ? Une telle éventualité est-elle réaliste ?

Bien entendu, il faut inciter les centres de long séjour sanitaire à respecter certaines normes d'équipement et de fonctionnement. Mais on ne peut brutalement leur refuser une prise en charge qui risquerait de les mettre, ainsi que leurs pensionnaires, dans une situation intenable. Des dérogations à titre temporaire devront, par conséquent, être prévues inévitablement.

Notre propos n'a certes pas pour but d'inciter les pouvoirs publics à freiner le développement d'une politique dont nous avons par ailleurs souligné le bien-fondé et les aspects très largement positifs. Mais votre Commission considère que tout doit être mis en œuvre pour permettre l'adéquation aussi exacte que possible des moyens aux besoins. Dans cette perspective, il serait hautement souhaitable que le ministère de la Santé mène l'effort d'information supplémentaire qui lui permettra de mieux connaître l'état de santé des personnes actuellement hébergées, afin de prendre en matière d'équipements et de couverture financière des soins les décisions adéquates.

Autre inconnue qui ne permet pas d'évaluer avec certitude les incidences financières de la réforme : le montant des économies auxquelles elle permettra d'aboutir pour les régimes sociaux. Ces économies porteront principalement sur le transfert des personnes âgées des services actifs de l'hôpital dans des établissements plus adaptés, et sur les frais de médecine de ville, actuellement exposés et pris en charge à l'acte, pour des soins qui seront désormais dispensés dans le cadre des établissements sociaux et couverts par le forfait. Mais nous ignorons les effets que la réforme aura sur les habitudes de consommation médicale des personnes âgées. Il n'est

pas exclu qu'elles souhaitent encore faire appel à leur praticien, extérieur à l'établissement, si toutefois cette faculté leur est laissée, problème que nous évoquerons ultérieurement.

c) *Cohérence*

Sous cette rubrique, nous évoquerons deux questions très distinctes qui, nous semble-t-il, sont imparfaitement résolues par le projet de loi.

Tout d'abord, l'articulation des dispositions prévues par le titre premier avec la loi d'orientation en faveur des handicapés ne paraît pas satisfaisante. En second lieu, le titre II est muet en ce qui concerne le sort des hôpitaux psychiatriques et, par suite, celui des personnes âgées qui y sont hébergées.

Le titre premier du projet de loi, qui complète la loi sociale du 30 juin 1975, concerne en principe tous les établissements sociaux visés à l'article 3 de cette loi, y compris ceux qui accueillent des enfants ou des adultes handicapés ; ce qui laisse supposer que le système de forfait-soins pourra être appliqué dans l'ensemble de ces établissements. N'y a-t-il pas, dès lors, un problème de coordination entre ce texte et la loi d'orientation en faveur des handicapés qui a mis intégralement à la charge des régimes sociaux non seulement les frais de traitement mais encore les frais d'hébergement des mineurs handicapés ?

Par ailleurs, la loi d'orientation prévoit la possibilité d'une prise en charge par la Sécurité sociale des dépenses exposées dans les établissements d'hébergement pour les handicapés adultes « n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants » (art. 46) et dans « les établissements recevant des malades mentaux dont l'état nécessite plus le maintien en hôpital psychiatrique mais qui requièrent temporairement une surveillance médicale et un encadrement en vue de leur réinsertion sociale » (art. 47).

Les décrets d'application de ces deux articles doivent sans doute voir le jour prochainement puisqu'en principe la loi d'orientation en faveur des handicapés sera entièrement applicable au 1^{er} janvier prochain.

Votre Commission souhaiterait savoir si le système du forfait soins prévu par la présente loi sera appliqué dans ces deux catégories d'établissements. Elle s'interroge d'ailleurs sur le caractère sanitaire ou social des établissements visés à l'article 47. Relèvent-ils de la loi sociale, ce qu'incite à penser le fait qu'ils sont visés dans la loi d'orientation en faveur des handicapés ? Relèvent-ils plutôt de la loi hospitalière, ce que pourrait laisser supposer la définition qui en est donnée comparée à celle des centres hospitaliers de moyen séjour ? La question, que votre Commission n'est pas en mesure de trancher, est d'importance. Car selon la réponse qu'on

y apporte, et que nous attendons du Gouvernement, dépend la forme que prendra la prise en charge par la Sécurité sociale des dépenses qui sont exposées dans ces établissements.

Le second point qui préoccupe votre Commission a trait au fait que les personnes âgées hébergées dans les hôpitaux psychiatriques ne sont pas concernées par le projet de loi. Or, dans ces établissements, la prise en charge du prix de journée par la Sécurité sociale est de 100 %. Dès lors, l'uniformisation des modes de prise en charge des personnes âgées hébergées n'est pas totale. Faut-il créer des unités de long séjour dans les hôpitaux psychiatriques pour y regrouper les petits séniles qui n'ont pas vraiment leur place dans un service actif de psychiatrie ? Cela paraîtrait rationnel sur le plan économique. Mais, en revanche, est-il souhaitable d'officialiser en quelque sorte, en instituant des services adaptés, la présence de personnes âgées dans l'enceinte de l'hôpital psychiatrique dont l'environnement n'est guère attrayant ? Peut-on, en outre, imposer à ces personnes et à leur famille la lourde charge qu'il ne supportent pas actuellement, représentée par les frais de séjour ? Il paraîtrait préférable de tenter de retirer progressivement les personnes âgées des hôpitaux psychiatriques, ou d'éviter au moins qu'elles continuent d'y entrer. Mais se poserait alors le problème de savoir où placer ces petits séniles. Devraient-ils être isolés ou mêlés aux autres personnes âgées dans les établissements de long séjour ? D'autre part, l'équilibre financier des hôpitaux psychiatrique, d'ores et déjà menacé, ne pourrait sans doute plus être assuré. Le problème est complexe et votre Commission souhaiterait connaître les intentions du Gouvernement en la matière. Peut-être devrait-on s'orienter, à terme, vers une politique plus audacieuse tendant à la suppression pure et simple des lits excédentaires dans les hôpitaux psychiatriques.

d) Préservation de l'exercice libéral des professions médicales et paramédicales.

Tout d'abord, votre Commission souhaiterait obtenir du Gouvernement l'assurance expresse que les personnes âgées hébergées dans les établissements sociaux pourront, si elles le désirent, faire appel au praticien de leur choix. Cette faculté ne devrait pas, pour des raisons humaines, leur être refusée. Bien entendu, les prestations qui leur seraient fournies par la médecine de ville seraient remboursées à l'acte, avec ticket-modérateur, selon le droit commun.

Votre Commission s'est, par ailleurs, inquiétée des risques qu'est susceptible de faire peser sur l'exercice libéral des professions paramédicales le développement des services de soins à domicile. Elle demandera donc au gouvernement de bien vouloir lui préciser selon quelles modalités les infirmières libérales pourront être associées à l'activité de ces services.

Sans doute, les infirmières et les autres personnels paramédicaux libéraux pourront-ils être employés à la vacation par les services de soins, sans pour autant perdre la possibilité d'exercer librement leur profession par ailleurs.

Ce type d'association entre l'exercice collectif et l'exercice libéral aurait le mérite d'apporter toute la souplesse nécessaire au fonctionnement des services de soins.

e) *Autonomie des régimes de sécurité sociale.*

L'autonomie des régimes de sécurité sociale autres que le régime général est-elle menacée par le système de la caisse-pivot mis en place par le projet de loi ?

Votre Commission n'en est pas persuadée. En effet, le régime général servira de trésorier. Mais les autres régimes d'assurance maladie, dès lors qu'ils comptent des ressortissants dans les établissements, participeront à la négociation pour la fixation du forfait global ou du prix de journée soins. Ils seront représentés dans les conseils d'administration. Ils ne seront pas dessaisis du droit d'exercer le contrôle médical, par leurs propres agents, au sein des établissements. Autant d'éléments qui, si le Gouvernement veut bien en confirmer la réalité, sont de nature à garantir l'autonomie des différents régimes de sécurité sociale.

Cependant, est-il indispensable, pour le bon fonctionnement du système de caisse-pivot, que seules les caisses du régime général d'assurance maladie aient le monopole pour jouer ce rôle ? Est-ce même souhaitable auprès des établissements dont la majorité des pensionnaires relèvent d'un régime autre que le régime général ? Votre Commission ne le pense pas. C'est pourquoi elle proposera que le rôle de caisse-pivot puisse être tenu, éventuellement, par la caisse qui, au sein de l'établissement, compte le nombre de ressortissants le plus élevé.

f) *Date d'entrée en vigueur.*

Votre Commission demandera au Gouvernement à quelle date entreront en vigueur les titres I et II du projet de loi. Autrement dit, quand les décrets d'application seront-ils prêts ? Nous souhaiterions très précisément savoir si les collectivités locales pourront tenir compte, en vue de l'établissement de leurs budgets pour l'année 1978, de l'allègement que représentera pour elle la prise en charge des forfaits médicaux, qui, comme nous l'avons indiqué, peut être considérable.

g) Le problème posé par l'hébergement temporaire des personnes invalides demeurant habituellement dans leur famille.

Ainsi que nous l'avons indiqué par ailleurs, la politique du troisième et du quatrième âges doit tendre en priorité à maintenir les personnes âgées à leur domicile. Il est une catégorie de vieillards qui mérite une attention particulière. C'est celle des invalides hébergés dans leur famille. C'est là certainement humainement et économiquement la meilleure solution. Mais elle comporte des sujétions très lourdes pour ceux qui acceptent d'assumer cette charge. Il serait souhaitable de leur donner la possibilité de s'absenter en organisant l'hébergement temporaire de leur parent invalide. A ce propos, il convient de faire justice de certaines réactions de la presse critiquant les enfants qui font hospitaliser leurs parents pour pouvoir partir en vacances. Le recours aux services actifs de l'hôpital pour « mettre en pension » une personne invalide qui n'est pas un véritable malade n'est certes pas admissible. Mais faudrait-il encore offrir aux familles les structures d'accueil dont elles ont besoin. La solution idéale serait que l'on puisse admettre ces personnes âgées, à titre temporaire, de préférence dans des maisons de retraite médicalisées ou à défaut des établissements hospitaliers de long séjour.

Actuellement, l'équipement en établissements du quatrième âge n'est pas suffisant pour faire face à de tels besoins. Aussi, votre Commission vous proposera-t-elle d'adopter un amendement tendant à organiser des unités temporaires de long séjour au sein des hôpitaux pendant l'été.

Cela paraît d'autant plus possible que de nombreux établissements hospitaliers connaissent une baisse d'activité pendant cette période et sont amenés à fermer des services.

TITRE III

II. - LA RÉFORME EXPÉRIMENTALE DE LA TARIFICATION HOSPITALIÈRE

Le principe d'une réforme de la tarification des hôpitaux publics est inscrit à l'article 52 de la loi hospitalière du 31 décembre 1970. Le législateur, qui n'avait sans doute pas mesuré alors l'ampleur de la tâche, donnait à l'administration un an pour faire aboutir la réforme. Ce n'est que sept ans plus tard, après l'abandon de plusieurs projets, qu'elle commence à voir le jour, mais selon une forme prudente : celle de l'expérimentation. Nous ne rappellerons que brièvement les inconvénients présentés par le système du prix de journée actuellement en vigueur. Chacun s'accorde pour reconnaître qu'il n'est pas un bon instrument de gestion, à l'heure où nous devons contrôler la croissance rapide des dépenses de santé et particulièrement des dépenses d'hospitalisation.

Le prix de journée constitue une sorte de fourre-tout qui couvre des dépenses hétérogènes, sans permettre de mesurer l'évolution respective de chaque catégorie de dépenses et de faire des comparaisons avec les tarifs pratiqués par les établissements du secteur privé. Il n'oblige pas à tenir une comptabilité analytique rigoureuse. Même si bien des hôpitaux tiennent cette comptabilité, ses résultats ne peuvent servir à éclairer l'autorité de tutelle dans ses décisions. Il incite à multiplier les actes et à garder les malades le plus longtemps possible — quoique dans la réalité, on constate une diminution significative et continue de la durée moyenne des hospitalisations. Il permet l'incorporation des déficits, ce qui a pour effet de l'alourdir artificiellement.

Il est au total sans rapport avec le montant des prestations fournies et donne une idée fautive de leur coût réel.

Etant donné que ce système ne permet pas de guider l'action en vue de freiner la hausse des dépenses, il devenait indispensable, face à l'augmentation incessante et rapide des prix de journée pratiqués, de trouver un autre mode de tarification.

Deux systèmes d'inspiration très différente sont en cours d'expérimentation : celui du prix de journée éclaté et celui du budget global.

Nous décrivons les caractéristiques de chacun de ces deux systèmes, en tentant de mesurer leurs avantages et leurs inconvénients éventuels. Mais il est bien entendu que nous n'entendons pas préjuger des résultats de l'expérience entreprise qui viendra peut-être corroborer ou infirmer les craintes ou les espoirs suscités par l'un ou l'autre système.

1. Le prix de journée éclaté.

Ce système est expérimenté à l'hôpital Antoine-Béclères à Clamart et à l'hôpital de Chartres. La facturation des frais exposés est établie sur la base de quatre éléments :

- 1° un forfait de gestion du dossier fixe pour toute la durée du séjour ;
- 2° un prix de journée hébergement unique pour l'ensemble des services de soins actifs, mais différent dans les services de long séjour ;
- 3° un prix de journée soins variable selon l'activité du service, qui couvre notamment les médicaments, ainsi que la rémunération des personnels soignants, y compris celle des médecins qui, dans le système en vigueur sont supportées par la masse des honoraires. Cette dernière disparaît donc ;
- 4° la facturation à part de certaines prestations individuelles coûteuses (analyses biologiques, interventions, anesthésie, radiologie, prothèses, produits sanguins).

Les dépenses d'amortissement seraient réparties en fonction de leur nature entre le prix de journée d'hébergement et le prix de journée de soins.

La prise en charge par la Sécurité sociale (tiers payant et ticket modérateur) sera effectuée selon le droit commun.

Les avantages de ce système sont les suivants : il offre un meilleur tableau de bord pour apprécier le suivi de la gestion. Le rapprochement entre les prix de revient de certains services et les actes facturés permettra d'identifier les duplications et la multiplication excessive des actes, qui apparaît trop souvent aux yeux des médecins comme un moyen de rentabiliser leur service, alors qu'actuellement ces actes qui ne sont pas facturés viennent peser sur les prix de séjour. Le prix de journée éclaté améliore l'exercice de la tutelle, l'autorité de tutelle disposant de moyens d'informations plus élaborés. Il permettra sans doute des comparaisons avec le secteur privé.

On peut même ajouter que grâce aux comparaisons qui pourraient être effectuées, les pouvoirs publics seraient en mesure de déterminer de façon plus réaliste les tarifs imposés aux établissements privés, qui connaissent actuellement des difficultés considérables au point d'entraîner la fermeture d'un certain nombre d'entre eux.

En revanche, ce système impose un énorme travail de comptabilité et de facturation et exige un support informatique, nécessairement très coûteux.

En outre, si l'on en juge d'après les éléments d'information recueillis par votre Rapporteur auprès de l'assistance publique de Paris, le prix de journée hébergement risque de devenir un « fourre-tout » englobant, au-delà des dépenses hôtelières *stricto sensu*, toutes les dépenses qui ne peuvent être classées dans le prix de journée soins, par exemple la rémunération des agents hospitaliers présents dans les salles auprès des malades. C'est ainsi que le prix de journée hébergement pour l'hôpital Antoine-Béclères est fixée à 302 F pour 1978. Un coût aussi élevé de ce qui, dans l'esprit du public, ne devrait couvrir que les dépenses hôtelières, risque d'être psychologiquement mal ressenti par les malades.

2. Le budget global.

Ce système dit du « budget global » est expérimenté à l'hôpital de Saint-Germain, à l'Hôtel-Dieu de Paris et à l'Institut Gustave-Rousey de Villejuif.

A l'inverse du système précédent, le budget global ne fait plus aucune référence à la notion de prix de journée. Il s'agit de déterminer chaque année l'enveloppe globale susceptible de couvrir l'ensemble des frais de fonctionnement de l'hôpital. Ce budget, discuté service par service, est préparé au niveau de l'établissement par le conseil d'administration et fixé par l'autorité de tutelle après négociation avec les régimes d'assurance maladie.

Les fonds sont versés à l'hôpital, chaque mois, par douzième.

Pour fonctionner idéalement, ce mode de financement nécessiterait l'instauration d'un système de caisse pivot unique, ainsi que la forfaitisation du ticket modérateur laissé à la charge du malade. Les modalités retenues dans le projet de loi sont en retrait par rapport à cette conception théorique, s'agissant d'une simple expérimentation. C'est ainsi que pour préserver les prérogatives des différents régimes d'assurance maladie, il y aura trois caisses pivots au lieu d'une seule : la caisse primaire du régime général d'assurance maladie de la circonscription, qui jouera le rôle de caisse pivot pour les régimes spéciaux, la caisse régionale de mutualité sociale agricole, et la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés non agricoles.

En ce qui concerne le ticket modérateur, il n'est pas apporté de modification au système de droit commun en vigueur. Ceci entraîne le maintien en parallèle de l'ancien système de facturation et donc, compte tenu des dépenses d'administration afférentes, a pour effet de fausser quelque peu les conditions de l'expérience. Il serait souhaitable de pouvoir théoriquement isoler ces dépenses, afin de mesurer correctement les effets du système.

Le Gouvernement avait envisagé, dans un premier temps, d'instaurer un ticket modérateur forfaitaire uniforme, dans le cadre de l'expérimentation. Mais le Conseil d'Etat s'est opposé à ce projet, considérant comme inconstitutionnel que les malades fassent l'objet de discrimination selon l'établissement dans lequel ils seraient hospitalisés. Quoique cette position puisse, de l'avis de votre Rapporteur, être discutée, il n'a pas estimé devoir reprendre cette idée à son compte, car son application aurait pour effet d'entraîner un préjudice pour les malades bénéficiant actuellement de la prise en charge à 100 % de leur hospitalisation, d'autant plus que dans de nombreux cas l'hospitalisation consécutive à l'arrêt de travail se traduit par une diminution de leurs ressources.

Il convient à ce propos de noter que notre collègue Guinebretière avait proposé, dans l'ensemble des établissements hospitaliers, le remplacement du ticket modérateur par un forfait journalier unique correspondant à une partie des frais d'hébergement. Tout en considérant qu'une telle réforme, qui aurait l'avantage de mettre tous les malades à égalité devant les charges de l'hospitalisation, représentait un objectif intéressant à terme, Mme le ministre de la Santé s'est opposée à son application immédiate, estimant que des études préalables approfondies devaient être poursuivies.

Le système du budget global présente un certain nombre d'avantages. Tout d'abord, celui de la simplicité, et son moindre coût. S'il peut s'accompagner d'une comptabilité analytique poussée, il évite les frais de facturation. D'autre part, il repose sur une prévision d'activité service par service, ce qui a pour intérêt de sensibiliser le corps médical à ses responsabilités financières. Enfin, contrairement au système du prix de journée, il n'incite pas les responsables de l'hôpital à prolonger la durée de l'hospitalisation des malades.

Par contre, le budget global présente des risques non négligeables. Tout d'abord, il pourrait réduire l'autonomie des établissements au profit d'une tutelle excessive des régimes d'assurance maladie. Certains voient se profiler derrière ce système une évolution vers un service national de santé. Si l'enveloppe est fixée à un montant insuffisant, la qualité des soins pourrait s'en ressentir. L'expérience québécoise pourrait apporter quelque bien-fondé à cette crainte. Mais il est vrai que dans notre pays, compte tenu des habitudes, il sera certainement possible de négocier, si nécessaire, le dépassement de l'enveloppe en cours d'exercice. A l'inverse, une attitude laxiste de l'autorité de tutelle dans la fixation de l'enveloppe pourrait se révéler très préjudiciable, car elle ne pourrait être décelée aussi aisément que dans le système traditionnel, où l'apparition d'un déficit attire l'attention de l'autorité de tutelle sur les conditions de gestion de l'hôpital. Enfin, il n'y a pas de comparaison possible avec les tarifs des établissements privés. Or, l'émulation sinon la concurrence peut être un facteur de modération des coûts.

Quoi qu'il en soit, il ne faut pas préjuger des résultats de ces deux expériences, dont le bilan devra être dressé à l'issue d'un délai de deux ans. A ce propos, votre Commission se range à l'avis de Mme le ministre de la Santé, qui a refusé de la prolonger jusqu'à quatre ans comme le demandait la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale.

Sans faire preuve d'un scepticisme excessif, il ne faut pas s'attendre à la découverte de la solution miracle qui pourrait mettre un terme à la progression des dépenses de santé.

III. - EXAMEN EN COMMISSION

Votre Commission a étudié le présent projet de loi au cours de la journée du vendredi 16 décembre 1977. Après l'exposé de votre Rapporteur, un large débat s'est ouvert au sein de la commission.

M. Gravier a déploré les difficultés issues de la stricte séparation entre secteurs social et hospitalier. Il a souligné les difficultés qui résulteront dans les établissements sociaux de la fixation du forfait soins global préalablement à celle du prix de journée d'hébergement.

Il a souhaité que soient mis en place des établissements spécifiques pour l'accueil temporaire des personnes âgées ; il a enfin approuvé la recherche de nouvelles méthodes de gestion, facilitées par le titre III du projet de loi.

M. Mézard a reconnu l'intérêt qu'il y aurait à mettre à la disposition des familles les structures leur permettant de faire garder leurs parents âgés durant les vacances. Il a estimé que la possibilité, pour les personnes hébergées, de recourir à la médecine libérale, préconisée par le Rapporteur, était souhaitable mais risquait de poser quelques problèmes pratiques. Il a enfin déploré le recours abusif que font certains médecins à de multiples examens biologiques.

M. Louvot s'est interrogé sur la cohérence des mesures prévues par le texte, suivant qu'elles s'adressent à des personnes âgées maintenues à domicile ou hébergées en établissement.

M. Rabineau a souhaité que le maintien à domicile soit facilité autant que possible.

M. Henriot a rappelé que les dépenses d'hospitalisation grevaient le budget de la Sécurité sociale à concurrence de 55 %. Il a stigmatisé la procédure peu sérieuse de fixation des prix de journée dans le secteur hospitalier public, qui a conduit à leur augmentation sensible, alors qu'ils sont en moyenne inférieurs d'un tiers dans le secteur privé, à la suite d'une gestion plus rigoureuse. Il a estimé que l'adoption du prix de journée « éclaté » permettrait un meilleur contrôle des dépenses, à terme, et a souhaité que l'expérimentation de la réforme de la tarification puisse être étendue au secteur privé.

A l'issue de cette discussion générale, la Commission a adopté un certain nombre d'amendements présentés par son Rapporteur, dont on trouvera l'analyse dans l'examen des articles qui suit.

IV. - EXAMEN DES ARTICLES

Article premier.

Cet article a pour objet de compléter l'article premier de la loi sociale du 30 juin 1975, qui énumère les missions générales des institutions sociales et médico-sociales : information, prévention, dépistage, orientation et soutien. Il s'agit d'y faire également figurer le maintien à domicile. Les actions de maintien à domicile se développent depuis plusieurs années, essentiellement au profit des personnes âgées, à travers un certain nombre de services, tels que : aides ménagères, aides soignantes et équipes de soins à domicile. Rappelons que la politique de maintien à domicile fait l'objet d'un programme d'action prioritaire du VII^e Plan.

Mentionner dans la loi sociale le maintien à domicile comme objectif des institutions sociales et médico-sociales tend plutôt à réparer une omission du législateur qu'à introduire beaucoup de nouveautés dans la pratique. Cependant, cette précision est indispensable pour permettre de régler le problème de la prise en charge par la Sécurité sociale des interventions des services de soins à domicile, traité à l'article 4 du projet de loi dans le cadre de la loi sociale.

L'article premier a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale et par votre Commission.

Article 2.

Cet article concerne certains établissements gérés directement par les bureaux d'aide sociale (établissements pour mineurs ou pour adultes handicapés, pour personnes âgées, centres d'aide par le travail et maisons d'enfants). En principe, selon l'article 19 de la loi sociale du 30 juin 1975, ces établissements doivent, à terme, être érigés en établissements publics autonomes. Seuls les établissements d'hébergement pour personnes âgées dont la capacité d'accueil est inférieure à un certain seuil échappent à cette obligation. Une telle règle, est apparue, à l'usage trop rigoureuse. Il convient de prévoir des exceptions à l'érection en établissements publics non seulement en faveur des établissements pour personnes âgées, mais aussi en faveur d'autres établissements de petite taille gérés par les

bureaux d'aide sociale, tels que les maisons d'enfants. Tel est l'objet de la nouvelle rédaction proposée pour le troisième alinéa de l'article 19 de la loi sociale.

L'article 2 a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale et par votre Commission.

Article 3.

Cet article est un des plus importants du projet de loi. Il détermine le cadre législatif dans lequel va s'appliquer le forfait soins dans les établissements sociaux et médico-sociaux, publics ou privés, selon les principes suivants : tiers payant, réduction ou suppression du ticket modérateur, caisse-pivot.

Ces dispositions sont introduites dans la loi sociale, après l'article 27.

L'Assemblée a adopté, sur cet article, plusieurs amendements précisant :

- que, pour les établissements publics, le forfait est négocié avec les régimes d'assurance maladie ;
- qu'il est fixé pour chaque établissement ;
- que les conventions conclues avec les régimes sociaux par les établissements privés n'ayant pas passé convention pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sont homologuées par l'autorité administrative ;
- que le système de caisse-pivot mis en place n'englobe, ce qui paraît logique, que les dépenses de soins exposées par les assurés sociaux ;
- que la répartition des charges revenant à chaque régime d'assurance maladie sera répartie en fonction du nombre de ressortissants de chaque régime présents dans les établissements.

Votre Commission propose, à son tour, trois amendements.

Premier amendement.

Le premier amendement est purement rédactionnel. Il convient de remarquer qu'il ne remet pas en cause le caractère éventuel du système de forfait dans les établissements sociaux, qui ressort très expressément de la rédaction de l'article 27 de la loi sociale. Nous noterons, d'ailleurs, que ce caractère éventuel doit être sauvegardé. En effet, tous les établissements sociaux ne rentreront pas dans le cadre du forfait. Ce ne peut déjà plus être le cas pour les instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels pour enfants handicapés, dans lesquels la Sécurité sociale prend en charge aussi bien les frais d'hébergement que les frais médicaux.

Deuxième amendement.

Le deuxième amendement propose une nouvelle rédaction en ce qui concerne la procédure de conclusion et d'homologation des conventions conclues avec la Sécurité sociale par les établissements privés. Il semble opportun de renvoyer à l'article L. 275 (premier alinéa) du Code de la sécurité sociale, qui concerne les conventions passées par les établissements sanitaires privés et prévoit l'homologation par l'autorité administrative dans des conditions fixées par décret. On fait ainsi l'économie d'un décret en Conseil d'Etat spécifique pour organiser l'homologation des conventions pour les seuls établissements sociaux.

Troisième amendement.

Cet amendement, le plus important des trois, propose un certain nombre d'aménagements des dispositions relatives à la caisse-pivot. Il semble à votre Rapporteur, par ailleurs très conscient de l'utilité de laisser, face à chaque établissement, un interlocuteur financier unique, que le rôle de caisse-pivot ne doit pas être dévolu nécessairement à une caisse du régime général lorsque ce n'est pas ce régime qui compte le plus grand nombre de ressortissants dans l'établissement. Cependant, pour faciliter l'opération de compensation des charges entre les différents régimes sociaux qui pourra être faite, non pour chaque établissement mais à un niveau plus élevé (départemental ou régional, par exemple), il convient de laisser à un seul régime — en l'occurrence le régime général des salariés — le soin de centraliser les informations nécessaires et de procéder à la répartition.

Tel est l'objet de l'amendement qui, en outre, modifie légèrement la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

Votre Commission est consciente de ce que, dans certains cas marginaux, l'application d'un critère numérique strict peut entraîner une excessive rigidité : à l'extrême, la caisse-pivot pourra changer chaque année, ce qui n'est nullement souhaitable. Mais votre Commission a estimé que les décrets d'application pourraient déterminer les conditions dans lesquelles seront prévues les dérogations au critère numérique, si nécessaire au bon fonctionnement du système, essentiellement par accord entre les régimes sociaux.

Article 4.

Cet article introduit dans la loi sociale du 30 juin 1975 des dispositions relatives aux modalités forfaitaires selon lesquelles pourront être pris en charge par l'assurance maladie ou l'aide sociale les soins prodigués par

les équipes de soins à domicile. Rappelons qu'il s'agira d'un forfait journalier pour un traitement d'une durée limitée (vingt jours) mais renouvelable, avec possibilité de réduire ou de supprimer le ticket modérateur, avec tiers payant, mais sans caisse-pivot.

Cet article a été complété par l'Assemblée nationale par un amendement tendant à préciser que les personnels paramédicaux libéraux pourront participer aux activités des services de soins à domicile. Cette adjonction recueille l'entier agrément de votre Commission.

Ajoutons que M. Guinebretière, suivi par la Commission de l'Assemblée nationale, a tenté de faire prévaloir auprès du Gouvernement et de l'Assemblée une conception toute différente des services de soins à domicile, en proposant que ces services soient inclus dans le cadre de la procédure de coordination des établissements sociaux prévue par la loi sociale, et soumis au régime du forfait de soins annuel et global. Ces propositions ont été combattues par le Gouvernement. M. Lenoir a estimé, en effet, que la procédure de coordination, prévue pour des équipements, serait inutilement lourde pour de simples services, encore au stade expérimental. Par ailleurs, il a donné sa préférence au système plus souple du forfait journalier, retenu par le projet de loi. Un forfait global aurait, certes, l'avantage de faciliter la gestion des services en leur apportant une indiscutable sécurité financière. Mais il présenterait plusieurs inconvénients : absence d'incitation à l'activité, risque de focaliser cette activité sur un nombre limité de personnes, difficulté d'y associer les personnels libéraux.

Les propositions de M. Guinebretière n'ont pas été acceptées par l'Assemblée nationale.

Votre Commission propose d'adopter l'article 4 sans modification.

Article 5.

Cet article a pour objet d'étendre aux hospices et sections d'hospices la possibilité d'y mettre en œuvre le système de forfait global.

Votre Rapporteur approuve cette disposition, adoptée par l'Assemblée nationale sans modification, car elle contribue à l'objectif d'uniformisation des conditions de prise en charge des frais médicaux pour l'ensemble des personnes âgées hébergées, objet même des titres premier et II du projet de loi. Notons toutefois que cet article n'a qu'une portée transitoire puisque les hospices, honte de notre temps, sont appelés progressivement à disparaître.

Votre Commission l'a adopté sans modification.

Article 5 bis.

Cet article a été introduit dans le projet de loi par l'Assemblée nationale. Il a pour objet de faciliter et d'accélérer la transformation des hospices en allégeant la procédure de décision. Il suffira désormais d'un arrêté du ministre de la Santé.

Votre Commission, qui reconnaît le bien-fondé de cette disposition, a adopté l'article 5 bis sans modification.

Article 6.

Avec cet article, nous passons du secteur social au secteur sanitaire. Dans le texte original du projet de loi, l'article 6 fixait les règles de tarification applicables dans les centres hospitaliers de long séjour. Il a été vidé de ce contenu. Ses dispositions d'origine ont été reprises, dans les articles 6 bis à 6 quinquies nouveaux.

L'article 6, dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, a pour objet de définir dans la loi hospitalière elle-même, à son article 4, ce que sont les centres de moyen séjour d'une part, les centres de long séjour d'autre part. Ainsi saura-t-on mieux à quel type d'établissements — ou de services — précis s'appliqueront les dispositions qui suivent relatives à la création d'un forfait soins en long séjour.

Les définitions proposées paraissent satisfaisantes à votre Commission.

Elle souhaiterait cependant savoir si le texte tel qu'il est rédigé exclut la possibilité de créer des unités de long séjour dans les hôpitaux psychiatriques ou, au contraire, le permet implicitement.

Selon les informations recueillies par votre Rapporteur, le moyen séjour ne devrait pas dépasser trois mois.

Nous proposons sur cet article un amendement de pure forme.

Article 6 bis.

Cet article reprend une partie des dispositions de l'ancien article 6 : celles qui concernent l'instauration d'un double prix de journée, hébergement d'une part, soins d'autre part, dans les unités et centres de long séjour, mais seulement dans le secteur public et dans le secteur privé parapublic : établissements à but non lucratif participant au service public hospitalier ou ayant passé convention pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Ces dispositions forment l'article 57-1 de la loi hospitalière.

La rédaction, adoptée par l'Assemblée nationale, est améliorée par rapport au texte gouvernemental sur plusieurs points, encore qu'elle n'apparaisse pas totalement satisfaisante. Peut-on dire sans abus de langage, comme le fait le texte, qu'une unité de long séjour — qui n'a pas la personnalité morale — a passé convention avec un département ? De toute évidence, il s'agit de l'établissement dont relève cette unité. Mais votre Commission doit reconnaître qu'elle n'a pu trouver de formulation entièrement adéquate sur ce point. Elle vous propose, cependant, trois amendements :

Premier amendement.

Ce premier amendement a pour objet d'éviter la référence aux articles 42 et 43 de la loi hospitalière qui concernent les établissements privés participant au service hospitalier mais où il n'est nullement question de long séjour. Mieux vaut viser plus généralement l'article 4 de cette loi, précédemment complété, qui, certes, ne concerne que les établissements publics, mais donne une définition convenable des centres et unités de long séjour. Le texte même de l'article 52-1 est suffisamment explicite pour qu'il soit permis de comprendre qu'entrent dans son champ d'application certains établissements hospitaliers privés.

Deuxième amendement.

Cet amendement est de pure forme.

Troisième amendement.

Cet amendement a pour objet d'introduire dans l'article 52-1 un alinéa qui se trouve dans l'article suivant. Cet alinéa est relatif au contentieux des arrêtés fixant les tarifs applicables dans les unités et centres de long séjour. Il trouverait sans doute mieux sa place à l'article 52-1 qu'à l'article 52-2 relatif aux modalités de prise en charge des soins.

Article 6 ter.

Cet article prévoit que les soins dans les unités ou centres de long séjour sont assumés financièrement par les régimes d'assurance maladie ou l'aide sociale, éventuellement selon des formules forfaitaires. Votre Commission souhaiterait obtenir du Gouvernement des précisions sur la nature des formules forfaitaires qui pourraient être retenues dans la pratique.

Elle a adopté quatre amendements.

Premier amendement.

Il est de pure forme.

Deuxième amendement.

Il s'agit de supprimer le deuxième alinéa que nous avons proposé de transférer dans l'article précédent.

Troisième amendement.

Il paraît préférable, pour la cohérence du texte, d'introduire dans cet article la disposition prévue à l'article 52-4 relative à l'exonération totale ou partielle du ticket-moderateur. Votre Rapporteur constate à ce propos que le texte ne lie pas explicitement cette éventualité à la nécessité de la mise en place d'un système de forfait, ce qui, sans doute, est volontaire.

Du moins, l'interprétons-nous comme tel.

Quatrième amendement.

Inspiré par le même souci que l'amendement précédent, celui-ci tend à transférer également dans l'article 52-2 les dispositions relatives à la caisse-pivot qui figurent à l'article 52-4. Mais nous proposons de les reprendre sous une forme parallèle à celle que nous avons préconisée pour les établissements sociaux, sous réserve de certains aménagements.

Il convient notamment de préciser que seuls les assurés sociaux hébergés dans les unités ou centres de long séjour sont pris en compte aussi bien pour la détermination du volume global des sommes qui passent par la caisse-pivot que pour la répartition de la charge entre les régimes d'assurance maladie.

Pris à la lettre, le texte adopté par l'Assemblée nationale pour le deuxième alinéa de l'article 52-4 pourrait laisser supposer que le système de caisse-pivot est applicable à l'ensemble des établissements comptant un service de long séjour. Une telle interprétation irait nécessairement au-delà des intentions du Gouvernement et de l'Assemblée. Reste à préciser si le système de caisse-pivot sera mis en œuvre uniquement dans l'hypothèse où une formule forfaitaire serait retenue. Le texte ne le dit pas mais la rédaction de votre Commission le permet. En effet, nous rendons la caisse-pivot facultative et non impérative.

Article 6 quater.

Cet article concerne les établissements du secteur privé qui soit sont à but lucratif, soit, quoiqu'à but non lucratif, ne participent pas au service public et n'ont pas passé convention pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Il s'agit de leur étendre la possibilité de prise en charge des soins, éventuellement sous forme forfaitaire, avec suppression ou réduction de la participation de l'assuré aux frais et avec caisse-pivot. Votre Commission propose pour cet article, par voie d'amendement, une nouvelle rédaction qu'elle espère à la fois plus simple et plus précise que celle de l'Assemblée nationale.

Article 6 quinquies.

Cet article se trouve vidé de son contenu par les amendements proposés ci-dessus par votre Commission. Aussi convient-il de le *supprimer*. Tel est l'objet de l'amendement proposé.

Article 6 sexies.

Cet article, introduit fort judicieusement par l'Assemblée nationale, a pour objet d'éviter que les personnes hébergées dans les centres de long séjour, qui devront payer les frais d'hébergement s'ils en ont les moyens financiers, ne subissent des abattements, sur les prestations en espèces qu'ils reçoivent de l'assurance maladie, ou sur leurs pensions d'invalidité, abattements qui sont de droit commun en cas d'hospitalisation. Les articles L. 291 et L. 231 du Code de la Sécurité sociale sont modifiés en conséquence. Les mêmes avantages seront étendus par décret, si nécessaire, aux ressortissants des régimes autres que le régime général.

L'amendement proposé sur cet article ne comporte qu'un certain nombre d'aménagements rédactionnels.

Article additionnel
(après l'article 6 sexies).

Votre Commission propose, par cet amendement, que puissent être aménagées temporairement au sein des établissements hospitaliers, des structures d'accueil temporaire en faveur des personnes invalides — personnes âgées surtout — qui vivent au sein de leur famille. Il s'agit de répondre aux besoins des familles qui doivent avoir la possibilité de se décharger temporairement de leur parent âgé, pour prendre quelque repos. La solution préconisée ne saurait être une panacée. Il est de beaucoup

préférable que ces vieillards soient accueillis dans des maisons de retraite médicalisées, voire dans des centres de long séjour. Il n'est pas nécessaire, pour ce faire, de prévoir des dispositions légales spécifiques. Mais les capacités d'accueil de ces établissements ne sont pas toujours suffisantes. D'autre part, le recours aux soins à domicile n'est pas une solution qui apporterait suffisamment de sécurité aux familles, car il faut souvent une présence constante auprès des vieillards grabataires. C'est pourquoi votre Commission propose, formule d'appoint, l'organisation temporaire de services ad hoc au sein des services actifs de l'hôpital, qui connaissent souvent une baisse d'activité pendant l'été. Pour mettre en œuvre ce système, il faut lui donner une base légale et prévoir notamment des modalités de prise en charge adéquate, calquées sur le long séjour.

Article 7.

Les articles 7 à 9 concernent l'expérience de tarification hospitalière.

L'article 7 pose le principe de l'expérimentation, son champ d'application, et sa durée maximale qui est de deux ans. L'Assemblée nationale a précisé nommément dans cet article quels sont les deux systèmes envisagés : prix de journée éclaté et budget global. Votre Commission a adopté cet article sans modification.

Article 8.

Cet article prévoit les dispositions particulières permettant la mise en œuvre du budget global, par dérogation aux règles en vigueur, en ce qui concerne notamment les relations entre les hôpitaux et les régimes de Sécurité sociale. Est institué un système de caisse pivot, mais partie!, puisque trois caisses se partagent ce rôle : une seule caisse du régime général, qui servira de caisse pivot aux régimes spéciaux, mais aussi une caisse agricole, ainsi que la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés. Il n'a pas été possible, compte tenu de la réticence de certains régimes, d'aller plus avant. Cette réticence est, en l'espèce, fondée, dans la mesure où l'instauration d'un système de caisse pivot généralisé toucherait à des « responsabilités » acquises. Ce n'est pas le cas dans les établissements sociaux et sanitaires de long séjour, où les caisses de Sécurité sociale ne prennent actuellement aucun frais en charge.

L'Assemblée nationale a complété cet article sur plusieurs points :

- pour préciser comment la part de charge revenant à chaque régime est répartie, c'est-à-dire en fonction du nombre respectif de leurs ressortissants hébergés dans les établissements où est expérimenté le budget global ;

- pour préciser comment le budget global est déterminé : sur proposition du conseil d'administration, après avis des régimes sociaux, par arrêté du préfet.

Votre Commission propose d'adopter cet article sans modification.

Comme nous l'avons indiqué au début du présent rapport, il n'est pas dérogé aux règles habituelles en matière de ticket modérateur.

Article 9.

Cet article a été introduit par l'Assemblée nationale. Il a pour objet de rendre opposable aux tiers les tarifs fixés dans le cadre des deux systèmes, en prévoyant que la section permanente du Conseil supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer sur les recours contentieux.

Votre Commission a adopté l'article sans modification.

Article 10.

Introduit par l'Assemblée nationale, cet article n'a pas de rapport avec le reste du texte, mais répond à la nécessité de régler le problème de la représentation d'un membre de la commission médicale consultative au conseil d'administration des établissements hospitaliers publics.

Article additionnel (après l'article 10).

Votre Commission propose d'introduire à la fin du texte un *article nouveau* qui est un texte de codification. Il a pour objet de compléter l'article L. 286-1 du Code de la Sécurité sociale, relatif aux cas dans lesquels le ticket modérateur sur les dépenses de soins peut être réduit ou supprimé, en y faisant figurer les cas d'exonération nouveaux prévus dans le cadre du présent projet de loi, qui concernent trois éventualités :

- l'hébergement dans un établissement social,
- l'hébergement dans un centre hospitalier de long séjour,
- le recours aux services de soins à domicile.

V. - TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur

(Loi n° 75-535 du 30 juin 1975.)

Article premier.

Sont des institutions sociales ou médico-sociales au sens de la présente loi tous les organismes publics ou privés qui, à titre principal et d'une manière permanente :

1° mènent, avec le concours de travailleurs sociaux, d'équipes pluridisciplinaires, des actions à caractère social ou médico-social, notamment des actions d'information, de prévention, de dépistage, d'orientation, de soutien ;

2° accueillent, hébergent ou placent dans des familles des mineurs ou des adultes qui requièrent une protection particulière ;

3° reçoivent des jeunes travailleurs ;

4° hébergent des personnes âgées ;

5° assurent, en internat, en externat, dans leur cadre ordinaire de vie, l'éducation spéciale, l'adaptation ou la réadaptation professionnelle ou l'aide par le travail aux personnes mineures ou adultes, handicapées ou inadaptées.

Art. 19.

Les établissements énumérés aux 2°, 5° et 6° de l'article 3 ainsi que les maisons d'enfants à caractère social, qui relèvent des

Texte du projet de loi

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS MODIFIANT ET COMPLÉTANT LA LOI N° 75-535 DU 30 JUIN 1975

Article premier.

L'article premier 1° de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 est complété par les mots :

« ... de maintien à domicile ; »

Art. 2.

Le troisième alinéa de l'article 19 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 est remplacé par la disposition suivante :

Texte adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS MODIFIANT ET COMPLÉTANT LA LOI N° 75-535 DU 30 JUIN 1975

Article premier.

L'article premier, 1° de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est complété par les mots :

(Alinéa sans modification.)

Art. 2.

(Sans modification.)

Propositions de la Commission

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS MODIFIANT ET COMPLÉTANT LA LOI N° 75-535 DU 30 JUIN 1975

Article premier.

(Sans modification.)

Art. 2.

(Sans modification.)

personnes morales de droit public à l'exception des établissements relevant de l'Office national des anciens combattants, de l'Institut de gestion sociale des armées et des maisons de retraites rattachées au bureau d'aide sociale de la ville de Paris, constituant des établissements publics.

Ceux de ces établissements qui, à la date de promulgation de la présente loi, fonctionnent comme des services non personnalisés des personnes morales de droit public seront, dans un délai maximum de dix ans, érigés en établissements publics ou rattachés à un établissement public de même nature.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux établissements d'hébergement pour personnes âgées, qui sont gérés par des bureaux d'aide sociale ou des établissements d'hospitalisation publique, dont la capacité d'accueil est inférieure à un seuil fixé par décret.

Dans certains cas et à leur demande, les établissements à caractère social érigés en établissements publics pourront passer des conventions de gestion avec des établissements publics hospitaliers.

« Les dispositions des alinéas précédents ne s'appliquent pas aux établissements dont la capacité est inférieure à un seuil fixé par décret et qui sont créés ou gérés par des bureaux d'aide sociale ni aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dont la capacité d'accueil est inférieure au même seuil, et qui sont gérés par des établissements d'hospitalisation publics. »

Art. 3.

La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 est complétée par un article 27 bis rédigé ainsi qu'il suit :

« *Lorsqu'une formule forfaitaire prévue à l'article 27 est retenue, le forfait est déterminé par arrêté du préfet pour les établissements publics ou privés ayant passé convention pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale. Dans les autres établissements privés, des conventions sont conclues avec les organismes d'assurance maladie. La section permanente du Conseil supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les arrêtés préfectoraux visés ci-dessus.*

Art. 3.

(Alinéa sans modification.)

« Art. 27 bis. — Lorsqu'une formule... par arrêté du préfet après avis des organismes d'assurance maladie pour chaque établissement public ou privé ayant passé convention...

... d'assurance maladie. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles les conventions ainsi conclues sont homologuées par l'autorité administrative. La section permanente du Conseil...

... ci-dessus.

Art. 3.

(Alinéa sans modification.)

« Art. 27 bis. — Le forfait prévu à l'article 27 est fixé par arrêté...

... d'assurance maladie, dans les conditions prévues à l'article L. 275 (alinéa 1) du Code de la sécurité sociale. La section...

... ci-dessus.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en première lecture

Propositions de la Commission

« Les caisses du régime de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont habilitées à assurer le versement de la totalité des sommes dues aux établissements de leur circonscription territoriale, à centraliser les dépenses afférentes à ces paiements et à procéder, après concertation, à leur répartition entre les différents régimes d'assurance maladie dans des conditions qui seront fixées par décret.

« La participation de l'assuré social aux dépenses relatives aux soins compris dans le forfait ci-dessus peut être réduite ou supprimée dans les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat.

« Les organismes d'assurance maladie et l'aide sociale versent directement à l'établissement leur participation aux dépenses de soins non compris dans le forfait lorsque ceux-ci sont demandés par le ou les médecins attachés audit établissement et que ce dernier en a assuré le paiement. »

« Les caisses...

...
circonscription territoriale au titre des assurés sociaux,...

... d'assurance maladie, déterminée de manière forfaitaire en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime présents dans les établissements dans des conditions fixées par décret.

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

« Les caisses...

... assurés sociaux qu'ils hébergent. Toutefois, lorsque dans un établissement le nombre de ressortissants d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie est le plus élevé, ce rôle est rempli par la caisse de ce régime dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement.

« Les caisses du régime de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont également habilitées à centraliser les documents comptables afférents à ces paiements et à procéder, après concertation, à la répartition des charges entre les différents régimes d'assurance maladie. Cette répartition est déterminée de manière forfaitaire, en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime présents dans les établissements, dans des conditions fixées par décret. »

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

Art. 4.

La loi n° 75-535 du 30 juin 1975 est complétée par un article 27 *ter*, rédigé ainsi qu'il suit :

« Les dépenses de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article premier ci-dessus peuvent être prises en charge par les organismes d'assurance maladie suivant une formule forfaitaire et dans ce cas, réglées directement par ces organismes aux institutions dans les conditions fixées par décret.

« La participation de l'assuré social aux dépenses de soins paramédicaux dispensés par les institutions précitées peut être réduite ou supprimée dans les conditions fixées par un décret en Conseil d'Etat. »

Art. 32.

Les quatre premiers alinéas de l'article 95, ainsi que les articles 203, 204, 205 et 211 du Code de la famille et de l'aide sociale ne sont pas applicables aux établissements énumérés à l'article 3 de la présente loi.

Jusqu'à leur transformation conformément aux dispositions de l'article 23, les hospices existant à la date de promulgation de la présente loi demeurent soumis aux dispositions applicables à cette date.

Art. 5.

Le second alinéa de l'article 32 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 est complété comme suit :

... Toutefois, les dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux personnes hébergées dans les hospices ou services d'hospice sont prises en charge conformément aux dispositions énoncées à l'article 27 (deuxième alinéa) et à l'article 27 bis. »

Art. 4.

(Alinéa sans modification.)

« Art. 27 *ter*. — Les dépenses de soins paramédicaux dispensés par des professionnels de statut libéral ou salarié dans le cadre...

... fixées par décret.

(Alinéa sans modification.)

Art. 5.

(Sans modification.)

Art. 4.

(Sans modification.)

Art. 5.

(Sans modification.)

Texte en vigueur

Art. 23.

Dans un délai de dix ans à dater de la promulgation de la présente loi, les hospices publics seront transformés en tout ou partie et selon les besoins, soit en unités d'hospitalisation définies à l'article 4, 1° ou 3° de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, soit en centres de cure définis au 2° dudit article 4, soit en établissements publics relevant de la présente loi et destinés à l'hébergement de personnes âgées.

(Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970.)

Art. 4.

Les établissements mentionnés à l'article 3 (1° et 2°) sont dits :

1° Centres hospitaliers s'ils ont pour mission principale : les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires.

Texte du projet de loi

TITRE II

DISPOSITIONS COMPLÉTANT LA LOI N° 70-1318 DU 31 DÉCEMBRE 1970 PORTANT RÉFORME HOSPITALIÈRE

Art. 6.

Texte adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture

Art. 5 bis (nouveau).

L'article 23 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 est complété par l'alinéa suivant :

« La transformation des hospices publics est décidée par arrêté du ministre chargé de la Santé. »

TITRE II

DISPOSITIONS COMPLÉTANT LA LOI N° 70-1318 DU 31 DÉCEMBRE 1970 PORTANT RÉFORME HOSPITALIÈRE

Art. 6.

I. — Sont substitués au 6° alinéa (1° c) de l'article 4 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière, les deux alinéas suivants :

Propositions de la Commission

Art. 5 bis (nouveau).

(Sans modification.)

TITRE II

DISPOSITIONS COMPLÉTANT LA LOI N° 70-1318 DU 31 DÉCEMBRE 1970 PORTANT RÉFORME HOSPITALIÈRE

Art. 6.

(Alinéa sans modification.)

Les centres hospitaliers comportent :

a) Des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale et obstétricale courants.

b) Eventuellement, des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés.

c) Eventuellement, des unités d'hospitalisation pour convalescence, cure ou réadaptation.

Chaque centre hospitalier peut comporter une ou plusieurs de ces unités selon leur classement.

2° Centres de convalescence, cure ou réadaptation s'ils ont pour mission principale l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongées.

Certains de ces établissements ou unités d'hospitalisation, publics ou privés, ont une vocation régionale ou nationale. Lorsqu'un centre hospitalier a une vocation régionale et qu'il répond à des conditions définies par décret, il porte le nom de centre hospitalier régional.

Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant.

Le classement des établissements est déterminé par arrêté du ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale selon des normes définies par voie réglementaire.

3° Unités d'hospitalisation dont le fonctionnement médical demeure fixé par décret en Conseil d'Etat.

c) Eventuellement, des unités d'hospitalisation de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales ;

d) Eventuellement, des services de long séjour assurant l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

II. — Sont substitués au 8° alinéa (2°) dudit article les paragraphes suivants :

2° Centres de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ou traitement des maladies mentales, s'ils ont pour mission principale l'hospitalisation pendant une durée limitée de personnes qui requièrent des soins continus.

Ces centres peuvent, à titre accessoire, comporter des unités de long séjour au sens défini au 3° ci-dessous.

3° Centres de long séjour, s'ils ont pour mission principale d'assurer l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Ces centres peuvent, à titre accessoire, comporter des unités de moyen séjour au sens défini au 2° ci-dessus.

4° Unités d'hospitalisation dont le fonctionnement médical demeure fixé par décret en Conseil d'Etat.

(Alinéa sans modification.)

d) Eventuellement, des unités de long séjour...

... d'entretien.

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en première lecture

Propositions de la Commission

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière est complétée par un article 52 bis ainsi conçu :

« Dans les sections de long séjour des services, unités ou centres de convalescence, de cure ou de réadaptation publics ou privés, à but non lucratif, participant au service public hospitalier ou ayant passé convention avec le département pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et visés aux articles 4 et 41 à 43 de la présente loi, la tarification applicable comporte deux éléments, l'un relatif aux prestations de soins fournies aux malades, l'autre aux prestations liées à l'hébergement.

« La répartition des dépenses de ces sections entre les deux éléments de tarification définis à l'alinéa précédent ainsi que les modalités de tarification seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

III. — Le dernier alinéa dudit article est supprimé.

Art. 6 bis (nouveau).

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est complétée par un article 52-1 ainsi rédigé :

« Art. 52-1. — Dans les unités au centres de long séjour publics ou privés, à but non lucratif,...

...convention avec les départements pour...
...de l'aide sociale, visés aux articles 4, 10 d, 3° et 41 et 43 de la présente loi, la tarification des services rendus comporte deux éléments, l'un relatif aux prestations de soins fournies aux personnes hébergées, l'autre aux prestations d'hébergement.

« La répartition des dépenses budgétaires entre les deux éléments...

... sont fixées
par décret en Conseil d'Etat.

Art. 6 ter (nouveau).

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est complétée par un article 52-2 ainsi rédigé :

(Alinéa sans modification.)

Art. 6 bis (nouveau).

(Alinéa sans modification.)

« Art. 52-1. — Dans les unités ou centres de long séjour définis à l'article 4 de la présente loi, soit publics soit privés à but non lucratif participant...

... de l'aide sociale, la tarification...

... deux éléments, relatifs l'un aux prestations de soins fournies, l'autre aux prestations d'hébergement.

(Alinéa sans modification.)

« La section permanente du Conseil supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours déposés contre les arrêtés fixant les tarifs applicables dans les établissements visés ci-dessus. »

Art. 6 ter (nouveau).

(Alinéa sans modification.)

Les dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les services, unités ou centres de convalescence, de cure ou de réadaptation sont supportées par les régimes d'assurance maladie ou, au titre de l'aide sociale, suivant les modalités fixées par voie réglementaire, éventuellement suivant les formules forfaitaires.

« Art. 52-2. — Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres visés à l'article 52-1 sont soit prises en charge par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide sociale suivant les modalités fixées par voie réglementaire, éventuellement suivant des formules forfaitaires.

« La section permanente du Conseil supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours déposés contre les arrêtés fixant les tarifs applicables dans les établissements visés ci-dessus. »

(Voir article 6 quinquies.)

« Art. 52-2. — Les dépenses...

... article 52-1
sont prises en charge soit par les régimes...

... forfaitaires.

Alinéa supprimé.
(Voir art. 6 bis.)

« La participation des assurés sociaux hébergés dans les unités ou centres ci-dessus peut être réduite ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Les caisses du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés peuvent être habilitées à assurer le versement de la totalité des sommes dues aux établissements de leur circonscription territoriale, au titre des assurés sociaux hébergés dans les unités ou centres de long séjour. Toutefois lorsque dans une unité ou un centre le nombre de ressortissants d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie est le plus élevé, ce rôle peut être rempli par la caisse de ce régime dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement.

« Les caisses du régime de l'assurance maladie des travailleurs salariés peuvent être également habilitées à centraliser les documents comptables afférents à ces paiements et à procéder, après concertation, à la répartition des charges entre les différents régimes d'assurance maladie. Cette répartition est déterminée de manière forfaitaire, en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

« La participation des assurés sociaux hébergés dans ces services ou centres aux dépenses de soins dispensés peut être réduite ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Les caisses du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés sont habilitées à assurer le versement de la totalité des sommes dues aux établissements de leur circonscription territoriale, à centraliser les dépenses afférentes à ces paiements et à procéder, après concertation, à leur répartition entre les différents régimes d'assurance maladie dans les conditions qui seront fixées par décret.

« Ces mêmes dispositions s'appliquent aux établissements privés à but lucratif, ou non lucratif, non admis à participer au service public hospitalier qui n'ont pas passé convention avec un département pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale dans des conditions à fixer par un décret en Conseil d'Etat.

**Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en première lecture**

Art. 6 *quater* (nouveau).

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est complétée par un article 52-3 ainsi rédigé :

« Art. 52-3. — Les dispositions mentionnées à l'article 52-2, alinéa 1 ci-dessus, sont applicables aux établissements privés à but lucratif ou non lucratif, non admis à participer au service public hospitalier, qui n'ont pas passé convention avec un département pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, dans des conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Art. 6 *quinquies* (nouveau).

La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est complétée par un article 52-4 ainsi rédigé :

Propositions de la Commission

présents dans les unités ou centres de long séjour, dans des conditions fixées par décret.

Art. 6 *quater* (nouveau).

(Alinéa sans modification.)

« Art. 52-3. — Les dispositions de l'article 52-2 sont applicables aux centres et unités de long séjour privés autres que ceux visés à l'article 52-1 dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Art. 6 *quinquies* (nouveau).

Supprimé.

Code de la sécurité sociale.

Art. L. 291. — En cas d'hospitalisation à la charge de la caisse, l'indemnité journalière est servie intégralement lorsque l'assuré a deux enfants ou plus à sa charge, au sens de l'article L. 285.

Elle est réduite :

— du cinquième si l'assuré a un enfant à charge, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge ;

— des deux cinquièmes si l'assuré est marié sans enfant, ni ascendant à sa charge ;

— des trois cinquièmes, dans tous les autres cas.

Art. L. 321. — Dans le cas où l'hospitalisation du titulaire d'une pension d'invalidité est à la charge de la Caisse primaire d'assurance maladie, ladite pension est servie intégralement lorsque l'assuré a deux enfants ou plus à sa charge, au sens de l'article L. 285.

« Art. 52-4. — La participation des assurés sociaux hébergés dans les unités ou centres visés aux articles 52-1 et 52-3 ci-dessus peut être réduite ou supprimée par décret en Conseil d'Etat.

« Les caisses du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés sont habilitées à assurer le versement de la totalité des sommes dues aux établissements de leur circonscription territoriale au titre des assurés sociaux, à centraliser les dépenses afférentes à ces paiements et à procéder, après concertation, à leur répartition entre les différents régimes d'assurance maladie en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime présents dans les établissements, dans les conditions fixées par décret. »

Art. 6 *sexies* (nouveau).

Les articles L. 291 et L. 321 du Code de la sécurité sociale, relatifs respectivement à la réduction des indemnités journalières et à la réduction des pensions d'invalidité en cas d'hospitalisation, sont complétés comme suit :

Art. 6 *sexies* (nouveau).

I. — Les articles...

sont complétés par un alinéa ainsi rédigé :

Texte en vigueur

Elle est réduite :

— d'un cinquième, si l'assuré a un enfant ou un ou plusieurs ascendants à sa charge ;

— de deux cinquièmes, si l'assuré est marié sans enfant, ni ascendant à sa charge ;

— de trois cinquièmes, dans tous les autres cas.

Toutefois, cette réduction ne peut avoir pour effet d'abaisser le montant trimestriel de la pension au-dessous du quart du taux prévu à l'article L. 315.

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture

Propositions de la Commission

« Ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnes placées dans une unité ou centre de long séjour visés à l'article 4, 1° d, et 3° de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article aux ressortissants des régimes des assurances sociales agricoles et de l'assurance maladie des exploitants agricoles. »

« Aucune réduction ne s'applique aux personnes...
... visé aux articles 52-1 ou 52-3 de la loi...
hospitalière.

« II. — Un décret...

... agricoles. »

Art. additionnel 6 septies.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles peuvent être organisés au sein des établissements d'hospitalisation publics ou privés des unités temporaires de long séjour permettant l'hébergement pendant une durée limitée de personnes invalides résidant habituellement à leur domicile ou au domicile de leur famille. Les dépenses de soins exposées dans ces unités temporaires de long séjour sont prises en charge par les régimes d'assurance mala-

die ou par l'aide sociale dans les conditions prévues par l'article 52-2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970.

TITRE III

DISPOSITIONS PORTANT DÉROGATION A TITRE TEMPORAIRE POUR CERTAINS ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS OU PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, AUX RÈGLES DE TARIFICATION ET, POUR LES SOINS DONNÉS DANS CES ÉTABLISSEMENTS, AUX MODALITÉS DE LEUR PRISE EN CHARGE

Art. 7.

Dans les établissements d'hospitalisation publics ou participant au service public hospitalier dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat, le Gouvernement est autorisé à instituer, à compter du 1^{er} janvier 1978 et pour une période n'excédant pas deux ans, selon les modalités que détermine ce décret, *un ou plusieurs systèmes expérimentaux relatifs aux modalités d'élaboration et d'exécution des budgets ainsi qu'à la tarification des frais de séjour et des honoraires médicaux applicables aux soins.*

Art. 8.

Pour les établissements soumis, par application de l'article précédent, à un système expérimental de financement global, la part garantie par les organismes d'assurance

TITRE III

DISPOSITIONS PORTANT DÉROGATION A TITRE TEMPORAIRE POUR CERTAINS ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS OU PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, AUX RÈGLES DE TARIFICATION ET, POUR LES SOINS DONNÉS DANS CES ÉTABLISSEMENTS, AUX MODALITÉS DE LEUR PRISE EN CHARGE

Art. 7.

Dans les établissements...

..., deux systèmes...

... soins.

Cette expérimentation porte sur le système du prix de journée éclaté et sur celui du budget global.

Art. 8.

Pour les établissements...
...précédent, au système expérimental du budget global, la part...

TITRE III

DISPOSITIONS PORTANT DÉROGATION A TITRE TEMPORAIRE POUR CERTAINS ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS OU PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER, AUX RÈGLES DE TARIFICATION ET, POUR LES SOINS DONNÉS DANS CES ÉTABLISSEMENTS, AUX MODALITÉS DE LEUR PRISE EN CHARGE

Art. 7.

(Sans modification.)

Art. 8.

(Sans modification.)

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en première lecture

Propositions de la Commission

maladie est, par dérogation à toute disposition législative contraire, calculée à partir de la somme globale mise à la charge de chacun de ces organismes.

Dans le cadre de cette expérience, la Caisse primaire du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés de la circonscription où est situé l'un de ces établissements fait l'avance des participations à verser à cet établissement et incombant aux régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 3 et au titre IV du Livre VI du Code de la sécurité sociale, à charge pour elle de récupérer auprès de l'organisme débiteur le montant de ces avances et les frais de gestion correspondants.

En outre, les organismes suivants sont habilités à verser aux établissements désignés pour ladite expérimentation, le montant des prestations dues :

— la Caisse de mutualité sociale agricole de la circonscription dans laquelle est situé l'établissement, pour le compte des organismes auxquels sont affiliés les assurés du régime des assurances sociales agricoles et du régime de l'assurance maladie et maternité des exploitants agricoles ;

... organismes. Cette somme est déterminée, dans des conditions fixées par décret, en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime, admis dans chacun des établissements concernés par ce système expérimental de financement.

Le montant du budget global de chacun des établissements concernés par ce système est déterminé par arrêté, sur proposition du conseil d'administration de l'établissement hospitalier, après avis des organismes d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret.

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

— La Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles pour le compte des organismes auxquels sont affiliés les assurés du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Loi n° 70-1518 du 31 décembre 1970
portant réforme hospitalière.

Art. 21.

Le conseil d'administration des établissements ou groupes d'établissements d'hospitalisation publics comprend des représentants des collectivités locales intéressées, des caisses d'assurance maladie, du personnel médical et pharmaceutique hospitalier, du personnel titulaire n'appartenant pas au corps médical et des personnes qualifiées dont, obligatoirement, un médecin non hospitalier.

Les modalités de désignation ou d'élection des membres de chacune des caté-

(Aligné sans modification.)

Art. 9 (nouveau).

La section permanente du Conseil supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les arrêtés préfectoraux fixant, soit les tarifs des différents éléments donnant lieu à facturation, applicables dans chacun des établissements expérimentant la formule de tarification dite « du prix de journées éclaté », soit le montant du budget global pour chacun des établissements concernés par cet autre mode d'expérimentation.

**TITRE IV (NOUVEAU).
DISPOSITIONS DIVERSES**

Art. 10 (nouveau).

Art. 9 (nouveau).

(Sans modification.)

**TITRE IV (NOUVEAU)
DISPOSITIONS DIVERSES**

Art. 10 (nouveau).

(Sans modification.)

Texte en vigueur

gories sont fixées par voie réglementaire, de même que le mode de représentation au sein du conseil d'administration des collectivités autres que celles dont relève l'établissement. Toutefois, le président de la commission médicale consultative et, pour les centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires, le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, sont membres de droit du conseil d'administration de l'établissement.

La présidence du conseil d'administration des établissements départementaux et des établissements communaux est assurée respectivement soit par le président du conseil général, soit par le maire ou la personne remplissant dans leur plénitude des fonctions de maire.

Toutefois, le président du conseil général, le maire ou la personne remplissant

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en première lecture

Propositions de la Commission

I. — Après le deuxième alinéa de l'article 21 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, sont insérés les deux nouveaux alinéas suivants :

« En cas d'empêchement, le président de la commission médicale consultative peut déléguer au vice-président de la commission médicale consultative ses fonctions de membre de droit du conseil d'administration de l'établissement. »

« En cas d'empêchement du vice-président, le président de la commission médicale consultative peut déléguer ses fonctions de membre de droit du conseil d'administration à un autre membre de la commission médicale consultative élu par cette assemblée. »

dans leur plénitude des fonctions de maire ne peuvent pas être membre du conseil d'administration d'un établissement :

1° si eux-mêmes, leur conjoint, leurs ascendants ou descendants en ligne directe ont un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de soins privé ;

2° s'ils sont fournisseurs de biens ou de services, preneurs de baux à ferme ou agents salariés de l'établissement.

Au cas où il est fait application des dispositions des deux alinéas ci-dessus, le conseil général ou le conseil municipal élit un suppléant.

En cas d'empêchement, le président du conseil général ou le maire peut déléguer à un autre membre de l'assemblée dont il est membre, ses fonctions de président de droit du conseil d'administration de l'établissement.

Le président de la commission médicale consultative, le directeur de l'unité d'enseignement et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, sont frappés des incompatibilités prévues au présent article à l'exception de celles s'appliquant aux agents salariés de l'établissement.

Code de la sécurité sociale.

Art. L. 286-1. — I. — La participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat dans les cas suivants :

« 1° Lorsque à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant

II. — Le neuvième alinéa de cet article est ainsi rédigé :

« Le président de la commission médicale consultative ou, éventuellement, le vice-président ou le représentant élu de la commission médicale consultative, le directeur...

... de l'établissement. »

Art. additionnel 11 (nouveau).

Texte en vigueur

à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;

« 2° Lorsque l'état d(le bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;

« 3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de son comité médical ;

« 4° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu par le contrôle médical atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée ci-dessus, et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

« 5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité au titre d'un avantage vieillesse ;

« 6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre de l'article L. 283-a-1. »

Texte du projet de loi

**Texte adopté par l'Assemblée Nationale
en première lecture**

Propositions de la Commission

I. — Il est ajouté à l'article L. 286-1, I du Code de la sécurité sociale trois alinéas ainsi rédigés :

« 7° lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement visé à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;

« 8° lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour visé aux articles 52-1 ou 52-3 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;

« 9° lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de

II. — La participation des bénéficiaires des dispositions des articles L. 255 (paragraphe I), L. 317 et L. 353 du Code de la sécurité sociale peut, en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes, être limitée ou supprimée dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Une mesure analogue peut être prévue pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 255 (paragraphe I) du Code de la sécurité sociale.

maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article premier de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975. »

II. — Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article aux ressortissants des régimes des assurances sociales agricoles, d'assurance maladie des exploitants agricoles et d'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Sous le bénéfice des observations contenues dans le présent rapport, votre Commission vous demande de modifier le projet de loi en adoptant les amendements suivants :

AMENDEMENTS PRÉSENTÉS PAR LA COMMISSION

Article 3.

Amendement : Rédiger comme suit le début du texte proposé pour l'article 27 bis de la loi n° 75-535 :

« Le forfait prévu à l'article 27 est fixé par arrêté... »

Amendement : Remplacer la deuxième et la troisième phrase du texte proposé pour l'article 27 bis de la loi n° 75-535 par les dispositions suivantes :

« Dans les autres établissements privés, des conventions sont conclues avec les organismes d'assurance maladie, dans les conditions prévues à l'article L. 275 (alinéa premier) du Code de la sécurité sociale. »

Amendement : Remplacer le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 27 bis de la loi n° 75-535 par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les caisses du régime de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont habilitées à assurer le versement de la totalité des sommes dues aux établissements de leur circonscription territoriale, au titre des assurés sociaux qu'ils hébergent. Toutefois, lorsque dans un établissement le nombre de ressortissants d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie est le plus élevé, ce rôle est rempli par la caisse de ce régime dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement.

« Les caisses du régime de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont également habilitées à centraliser les documents comptables afférents à ces paiements et à procéder, après concertation, à la répartition des charges entre les différents régimes d'assurance maladie. Cette répartition est déterminée de manière forfaitaire, en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime présents dans les établissements, dans des conditions fixées par décrets. »

Article 6.

Amendement : Au troisième alinéa du I de cet article, remplacer le mot :

« services »

par le mot :

« unités ».

Article 6 bis.

Amendement : I. — Rédiger comme suit le début du premier alinéa du texte proposé pour l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 :

« Dans les unités ou centres de long séjour définis à l'article 4 de la présente loi, soit publics, soit privés à but non lucratif participant...

II. — Dans ce texte, supprimer le membre de phrase suivant :

« visés aux articles 4, 1° d, 3° et 41 à 43 de la présente loi ».

Amendement : Rédiger comme suit la fin du premier alinéa du texte proposé pour l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 :

« ...deux éléments, relatifs l'un aux prestations de soins fournies, l'autre aux prestations d'hébergement. »

Amendement : Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« La section permanente du Conseil supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours déposés contre les arrêtés fixant les tarifs applicables dans les unités ou centres visés ci-dessus. »

Article 6 ter.

Amendement : Dans le premier alinéa du texte proposé pour l'article 52-2 de la loi n° 70-1318, remplacer les mots :

« sont soit prises en charge »

par les mots :

« sont prises en charge soit ».

Amendement : Supprimer le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article 52-2 de la loi n° 70-1318.

Amendement : Compléter le texte proposé pour l'article 52-2 de la loi n° 70-1318 par un alinéa ainsi rédigé :

« La participation des assurés sociaux hébergés dans les unités ou centres peut être réduite ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Amendement : Compléter le texte proposé pour l'article 52-2 de la loi n° 70-1318 par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les caisses du régime de l'assurance maladie des travailleurs salariés peuvent être habilitées à assurer le versement de la totalité des sommes dues aux établissements de leur circonscription, au titre des assurés sociaux hébergés dans les unités ou centres de long séjour. Toutefois, lorsque dans une unité ou un centre le nombre de ressortissants d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie est le plus élevé, ce rôle peut être rempli par la caisse de ce régime dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement.

« Les caisses du régime de l'assurance maladie des travailleurs salariés peuvent être également habilitées à centraliser les documents comptables afférents à ces paiements et à procéder, après concertation, à la répartition des charges entre les différents régimes d'assurance maladie. Cette répartition est déterminée de manière forfaitaire, en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime présents dans les unités ou centres de long séjour, dans des conditions fixées par décret. »

Article 6 quater.

Amendement : rédiger comme suit le texte proposé pour l'article 52-3 de la loi n° 70-1318 :

« Les dispositions de l'article 52-2 sont applicables aux centres et unités de long séjour privés autres que ceux visés à l'article 52-1 dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 6 quinquies.

Amendement : Supprimer cet article.

Article 6 sexies.

Amendement : Remplacer cet article par les dispositions suivantes :

« I. — Les articles L. 291 et L. 321 du Code de la sécurité sociale relatifs respectivement à la réduction des indemnités journalières et à la réduction des pensions d'invalidité en cas d'hospitalisation sont complétés par un alinéa ainsi rédigé :

« Aucune réduction ne s'applique aux personnes hébergées dans une unité ou un centre de long séjour visé aux articles 52-1 ou 52-3 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière.

« II. — Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article aux ressortissants des régimes des assurances sociales agricoles et de l'assurance maladie des exploitants agricoles. »

Après l'article 6 sexies.

Amendement : Après l'article 6 sexies, insérer un article additionnel 6 septies ainsi rédigé :

« Un décret fixe les conditions dans lesquelles peuvent être organisées au sein des établissements d'hospitalisation publics ou privés des unités temporaires de long séjour permettant l'hébergement pendant une durée limitée de personnes invalides résident habituellement à leur domicile ou au domicile de leur famille. Les dépenses de soins exposées dans ces unités temporaires de long séjour sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie ou par l'aide sociale dans les conditions prévues par l'article 52-2 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970. »

Après l'article 10.

Amendement : Après l'article 10 ajouter un article additionnel 11 (nouveau) ainsi rédigé :

« I. — Il est ajouté à l'article L. 286-1, I du Code de la sécurité sociale trois alinéas ainsi rédigés :

« 7° lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement visé à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;

« 8° lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour visé aux articles 52-1 ou 52-3 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;

« 9° lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article premier de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975.

« II. — Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article aux ressortissants des régimes des assurances sociales agricoles, d'assurance maladie des exploitants agricoles et d'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. »