

adopté

SÉNAT

le 21 décembre 1977

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1977-1978

PROJET DE LOI

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.

(Texte définitif.)

Le Sénat a adopté, dans les conditions prévues à l'article 45 (alinéas 2 et 3) de la Constitution, le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale (5° législ.), 1^{re} lecture : 3210, 3289 et in-8° 812.

Commission mixte paritaire : 3427, 3434 et in-8° 860.

Sénat, 1^{re} lecture : 178, 193 et in-8° 71 (1977-1978).

Commission mixte paritaire : 229.

TITRE PREMIER

DISPOSITIONS MODIFIANT ET COMPLÉTANT LA LOI N° 75-535 DU 30 JUIN 1975 RELATIVE AUX INSTITUTIONS SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES

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 : « , 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 :

« 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 :

« *Art. 27 bis.* — Le forfait prévu à l'article 27 est fixé par arrêté du préfet après avis des organismes d'assurance maladie pour chaque établissement public ou privé 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. 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 supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les arrêtés préfectoraux visés ci-dessus.

« 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 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 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.

« Un décret fixe les modalités d'application des deux alinéas ci-dessus.

« 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. »

Art. 4.

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

« Art. 27 *ter*. — Les dépenses de soins paramédicaux dispensés par des professionnels de statut libéral ou salarié 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. 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 (2^e alinéa) et à l'article 27 *bis*. »

Art. 6.

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. 7.

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

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

« d) éventuellement, des unités de long séjour assurant l'hébergement de personnes n'ayant plus leur auto-

nomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. »

II. — Sont substitués au huitième 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. »

III. — Le dernier alinéa dudit article est supprimé.

Art. 8.

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

« 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 au service public

hospitalier ou ayant passé convention avec les départements pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, la tarification des services rendus comporte deux éléments relatifs, l'un aux prestations de soins fournies, l'autre aux prestations d'hébergement.

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

« 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. »

Art. 9.

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

« 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 prises en charge, soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide sociale, suivant les modalités fixées par voie réglementaire, éventuellement suivant des formules forfaitaires.

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

« 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, 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 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 unités ou centres de long séjour.

« Un décret fixe les modalités d'application des deux alinéas ci-dessus. »

Art. 10.

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

« 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. 11.

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 visés 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.

Art. 12.

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 dont l'état est défini à l'article 4, 1° d) et 3° de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière et 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 maladie ou par l'aide sociale dans les conditions prévues par l'article 52-2 de la loi n° 70-1318 précitée.

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. 13.

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, deux 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.

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

Art. 14.

Pour les établissements soumis, par application de l'article précédent, au système expérimental du budget global, la part garantie par les organismes d'assurance 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. 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.

Dans le cadre de cette expérience, la caisse primaire de 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 ;
- 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.

Art. 15.

La section permanente du Conseil supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les arrêtés 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 journée éclaté », soit le montant du budget global pour chacun des établissements concernés par cet autre mode d'expérimentation.

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 16.

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. »

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'unité d'enseignement et de recherche médicale ou... » (*Le reste sans changement.*)

Art. 17.

I. — Il est ajouté à l'article L. 286-1 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.

Délibéré, en séance publique, à Paris, le 21 décembre 1977.

Le Président,

Signé : ALAIN POHER.