

## **Loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de Financement de la Sécurité Sociale pour 2010**

Synthèse des dispositions intéressant à divers titres les établissements de santé privés

Adopté successivement les 25 et 26 novembre 2009 par l'Assemblée nationale et le Sénat puis soumis au Conseil Constitutionnel, qui a censuré 9 articles au motif qu'ils n'avaient pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale, la **loi n°2008-1330 du 24 décembre 2009 de Financement de la Sécurité Sociale pour 2010 a été publiée au Journal Officiel du 27 décembre 2009.**

### **1. Dispositions à caractère macroéconomique**

#### **a. ONDAM**

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM 2010) est fixé à 162,4 milliards d'€ (+3%)  
Pour rappel, l'ONDAM 2009 était fixé à 157,6 milliards d'€ (+3,3%)  
Sous objectifs de l'ONDAM :

- Soins de ville : +2,8% (+3,1% en 2009)
- Hôpital : +2,8% (+3,1% en 2009)
- Médico-social : +5,8% (+6,3%)

En 2010, le surcoût induit par les dépenses exceptionnelles liées à la lutte contre la grippe A H1N1 ne pourra être pris en compte par le comité d'alerte pour l'évaluation d'un risque de dépassement de l'ONDAM.

#### **b. Ressources de divers fonds**

- Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FICQS) : 228 millions d'Euros (240 millions en 2009)
- Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) : 264 millions d'Euros (190 millions en 2010)
- Dotation de financement de l'Office National d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) : 70 millions d'Euros (117 millions en 2009)
- Financement de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) : 44 millions d'Euros (idem en 2009)

- Contribution pour 2010 des régimes obligatoires d'assurance maladie aux agences régionales de santé (ARS) plafonnées à 213 millions d'euros (173 millions pour les dépenses de personnel et 40 millions pour les actions de prévention). Cette contribution sera fixée par arrêté des ministres.
- Création d'une dotation dont le montant sera fixé par arrêté pour financer le dispositif d'interconnexion des centres de réception et de régulation des appels SAMU avec les dispositifs des services de police et d'incendie et de secours (dispositif prévu par la loi HPST)
- Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu (DPC) sera inscrit dans la convention de chacune des professions concernées.

**c. Ressources nouvelles pour la sécurité sociale, notamment :**

- Institution d'une contribution exceptionnelle à la charge des organismes d'assurance maladie complémentaire dans le cadre de la participation à la lutte contre la grippe A H1N1 fixée à 0,94% des primes ou cotisations afférentes à la protection complémentaire santé.
- Hausse du taux (15%) et modification de l'affectation de la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux remboursables
- Augmentation du minimum de perception sur les cigarettes et le tabac à rouler (de 155 à 164 €)
- Augmentation du taux du forfait social de 2% à 4% créé par la LFSS pour 2009 et mis à la charge des employeurs sur les sommes versées au titre de l'intéressement, de la participation, des PEE, des PERCO et du financement de régime de retraite supplémentaire.
- Création d'une taxe au profit de l'assurance maladie sur les appels téléphoniques et les SMS passés lors de jeux télévisés ou radiodiffusés. Elle est acquittée par l'organisateur du jeu ou concours. Son taux de prélèvement est de 9,5%.
- Contribution salariale sur les distributions et gains nets afférents à des parts de fonds communs de placement à risques, des actions de sociétés de capital-risque

## 2. Convergence intersectorielle des tarifs des activités de MCO



- Report à 2018 de la date d'achèvement de la convergence tarifaire intersectorielle des activités de médecine, chirurgie et obstétrique
- Transmission au 15 septembre (au lieu du 15 octobre) de chaque année du rapport du gouvernement sur l'avancement du processus de convergence contenant un programme de convergence

*Nouvelle rédaction de la loi :*

« Pour les années 2005 à **2018**, outre les éléments prévus au II de l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 du même code sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs nationaux des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 dudit code et ceux des établissements mentionnés au d du même article, devant être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en **2018**. Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement **avant le 15 septembre** de chaque année **jusqu'en 2018**. **Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.**

A compter du 1er janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent. »

### 3. Couverture par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) des professionnels de la naissance devant acquitter des dommages et intérêts

Lorsqu'un médecin exerçant, dans un établissement de santé, une **spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation**, est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime **à l'occasion d'un acte lié à la naissance**, que la couverture d'assurance en responsabilité civile médicale est épuisée, et que la victime ne peut obtenir l'exécution intégrale de la décision de justice auprès du professionnel concerné, cette victime peut saisir l'ONIAM en vue d'obtenir le règlement de la part d'indemnisation non versée par le professionnel au-delà des indemnités prises en charge par l'assureur en responsabilité civile. Le professionnel doit alors à l'ONIAM remboursement de la créance correspondante, **sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance à savoir dix ans est expiré ou que le juge compétent a constaté l'incompatibilité du règlement de la créance avec la solvabilité du professionnel.**

Par ailleurs, cette disposition est associée à l'engagement en séance au Parlement de la Ministre de publier avant la fin de l'année un décret portant de 3 à 6 millions le seuil de garantie des contrats.

### 4. Régulation des dépenses de transport

a. *Mise en place d'un **dispositif de régulation des dépenses de transport remboursées** :*

- **Fixation annuelle d'un taux prévisionnel** d'évolution des dépenses de transports remboursés sur l'enveloppe des soins de ville.
- **Contrat d'amélioration** : Lorsque l'ARS constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire, elle peut proposer de conclure **pour trois ans** avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un **contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports**. Ce contrat est **conforme à un contrat-type** et comporte notamment un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux national et, un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports.
- **Pénalité** en cas de refus : En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.
- **Procédure contradictoire et sanction** : Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'ARS



peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

- **Rétribution en cas de respect du contrat** : Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'ARS peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.
- **Un décret en Conseil d'Etat** précise les modalités d'application du présent article.

### ***b. Possibilité d'expérimentation par les établissements de modalités d'organisation et de régulation des transports***

Les établissements qui en font le choix peuvent expérimenter pour cinq ans de nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports. Il s'agit de développer des modes de transports plus efficaces, des transports partagés. Les établissements signent avec les transporteurs des conventions créant **des centres de régulation** destinés à proposer aux patients le mode de transport le plus adapté à l'état de santé. Le refus de la proposition faite au patient entraîne le retrait du tiers-payant.

La liste des établissements expérimentateurs est fixée par les ARS avant le 27 juin 2010.

Un cahier des charges national est fixé par arrêté. Une évaluation annuelle est présentée au Parlement.

## **5. Contrôle des établissements de santé par la Cour des comptes**

Extension de la compétence de la Cour à l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux financés par l'assurance maladie, **quel que soit leur statut public ou privé.**

## **6. Disposition relative aux financements du FMESPP (déchéance des crédits non utilisés)**

Les sommes dues au titre des actions du FMESPP sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet :

- soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds
- soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits sont acquis

Effet rétroactif prévu par la loi.

## **7. Contrôles sur la base d'échantillonnages des volumes d'activité des établissements de santé**

Ce contrôle peut concerner aussi une pharmacie, un laboratoire de biologie médicale, un fournisseur de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, une société de transport sanitaire ou une entreprise de taxi.

Il concerne l'ensemble de l'activité ou un ou plusieurs des éléments de celle-ci énumérés par décret en Conseil d'Etat.

Il est réalisé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie **sur la base d'un échantillon** dont la méthode d'élaboration est définie par décret en Conseil d'Etat, après avis conforme du directeur de l'UNCAM lorsque le chiffre d'affaires annuel excède un seuil fixé, pour chacune de ces catégories de



structures, par ce décret. **Pour les établissements de santé, le contrôle de l'activité ou des éléments d'activité réalisé dans ce cadre ne peut porter sur les manquements aux règles de facturation fixées en application de l'article L. 162-22-6.**

En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut alors prononcer une pénalité selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14.

Le montant de la pénalité est alors fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des dépenses prises en charge par l'organisme local d'assurance maladie au cours de la période contrôlée ou, si le contrôle porte sur un ou plusieurs éléments d'activité ou prestations en particulier, sur la base des dépenses afférentes à ceux-ci. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de cette base. Le montant ainsi calculé peut être supprimé, minoré ou majoré dans la limite de 25 %, en fonction de la gravité des faits reprochés. Lorsque les sommes indûment versées sont principalement liées à des fraudes au sens de l'article L. 162-1-14, ce pourcentage de majoration peut être porté à 100 %. La notification prévue au premier alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 fait état de la méthodologie de contrôle employée.

Un décret en Conseil d'Etat est nécessaire pour l'application de cette disposition.

## **8. Actes de télémédecine et de coopérations entre professionnels de santé**

L'interdiction légale à toute personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme de recevoir la totalité ou une quote-part des honoraires ou des bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un membre de l'une de ces professions ne s'applique ni à l'activité de télémédecine (définie par la loi HPST comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication et mettant en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.* ») ni aux coopérations entre professionnels de santé.

