

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen, ouvert à la presse, des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (n° 1412) (*MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, MM. Michel Issindou, Laurent Marcangeli, et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs*)..... 2
- Présences en réunion..... 28

Mardi

15 octobre 2013

Séance de 21 heures

Compte rendu n° 08

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

**Présidence de
Mme Martine
Carrillon-Couvreur,
Vice-présidente**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mardi 15 octobre 2013

La séance est ouverte à vingt et une heures dix.

(Présidence de Mme Martine Carrillon-Couvreur, vice-présidente de la Commission)

La Commission des affaires sociales poursuit l'examen, sur le rapport MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, MM. Michel Issindou, Laurent Marcangeli, et Mme Marie-Françoise Clergeau, des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (n° 1412).

Section 3

Dispositions relatives au recouvrement, à la trésorerie et à la comptabilité

Article 22 : *Simplifications du mode de calcul des cotisations dues par les travailleurs indépendants.*

La Commission est saisie de l'amendement AS30 de Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. L'article 22 prévoit une modification du mode de calcul des cotisations dues par les travailleurs indépendants. Il s'agit notamment de généraliser le dispositif de régularisation anticipé en ajustant sur la base du revenu N-1 les cotisations provisionnelles dues au titre de l'année en cours (N), initialement calculées sur la base du revenu de l'avant-dernière année (N-2).

La motivation avancée est de permettre de limiter l'ampleur des régularisations avec deux années de décalage, qui peuvent être sources de difficultés pour le cotisant.

Nous demandons la suppression de cet article pour deux raisons. L'une est l'absence de visibilité. À ce jour, ayant connaissance de leur revenu N-2 au cours de l'année N-1, les travailleurs non salariés peuvent procéder durant celle-ci à une estimation des échéances provisionnelles du Régime social des indépendants (RSI) de l'année N. En proposant un dispositif de prise en compte du revenu N-1, connu seulement au cours de l'année N, on ne permet plus du tout au travailleur non salarié d'anticiper ses cotisations dues, de les prévoir avec le recul nécessaire, ce qui constitue pour lui une vraie difficulté.

L'autre raison a trait aux dysfonctionnements informatiques et administratifs du RSI, dont les travailleurs indépendants sont les victimes. Aujourd'hui encore, des émissions de cotisations présentent de nombreuses erreurs, une partie des encaissements n'est toujours pas à jour, des dossiers de cotisants sont bloqués pour cause de non prise en compte de demandes de radiation et d'affiliation, ou de modifications de fichiers. La modification substantielle proposée nous semble de nature à accroître les difficultés du RSI et, partant, des cotisants.

Ne serait-il pas judicieux de laisser au RSI le temps de corriger les dysfonctionnements avant de lui demander de procéder à des modifications majeures sans y être préparé ?

M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Les arguments de Mme Louwagie m'étonnent : les représentants des travailleurs indépendants que j'ai rencontrés se félicitaient plutôt du rapprochement de l'année prise comme assiette pour l'évaluation des cotisations et de l'année au cours de laquelle ces cotisations sont dues.

Par ailleurs, l'article 22 présente l'avantage de simplifier le dispositif d'aide aux chômeurs créant ou reprenant une entreprise, dit ACCRE. Cette mesure de nature réglementaire supprimera la pré-instruction des demandes d'ACCRE effectuée par les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).

La suppression de cet article ne répondant pas à un souhait des travailleurs indépendants, je propose à la Commission de rejeter l'amendement.

Mme Véronique Louwagie. Il serait intéressant de savoir pourquoi le dispositif qu'il est proposé de rétablir aujourd'hui avait été remplacé par celui du calcul sur le revenu N-2. Pour ma part, je suis convaincue que, sans ce décalage, les TPE et PME vont éprouver de vraies difficultés, n'ayant plus aucun moyen de prévoir les cotisations provisionnelles.

M. Gérard Sebaoun. Pour connaître les professions libérales, je n'ai jamais compris que l'on réclame, deux ans plus tard, un reliquat, parfois très important, de cotisations susceptible de mettre le professionnel en difficulté. Non seulement l'anticipation n'est jamais évidente, mais les revenus sont fluctuants et pas toujours à la hausse. Si tel était toujours le cas, il n'y aurait pas trop de difficultés. Lorsque la demande de régularisation arrive, il n'est pas toujours évident d'y faire face. Plus près on est de la réalité, mieux c'est. Pour les professions que je connais, il s'agirait plutôt d'une mesure de simplification qui va dans le bon sens.

Mme Véronique Louwagie. Un moindre délai entre le revenu pris en compte et la régularisation est probablement un élément intéressant, mais, totalement privés de la faculté d'organiser une prévision, certains travailleurs non salariés se retrouveront en grande difficulté. J'attire votre attention sur ce point.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 22 sans modification.

Article 23 : *Promotion de la déclaration sociale nominative, du chèque emploi service universel dans les DOM et de la dématérialisation.*

La Commission est saisie des amendements identiques AS7 de M. Jean-Pierre Barbier, AS38 de M. Dominique Tian, AS62 de M. Jean-Pierre Door, AS85 de M. Francis Vercamer et AS241 de Mme Bérengère Poletti.

M. Jean-Pierre Barbier. L'article 23 instaure une étape intermédiaire pour la généralisation de la déclaration sociale nominative (DSN), fixée au 1^{er} juillet 2015 pour les petites et moyennes entreprises. Si l'on comprend qu'il s'agit d'éviter un engorgement au moment de la généralisation prévue au 1^{er} janvier 2016, c'est au prix de difficultés opérationnelles pour les PME. Avancer de six mois la date de leur bascule obligatoire les exposera à des complications plus importantes. Afin que la DSN s'inscrive pleinement dans le choc de simplification voulu par le Gouvernement, l'amendement propose de conserver l'idée d'une étape intermédiaire, mais en la fixant au 1^{er} janvier 2017 pour les petites et moyennes entreprises. Outre qu'elle évitera aussi l'engorgement du 1^{er} janvier 2016, cette année

supplémentaire permettra aux PME de mettre en place le compte pénibilité, qui représente également une surcharge importante pour elles.

En outre, l'amendement prévoit de consulter les organisations professionnelles patronales et les instances du groupement d'intérêt public Modernisation des déclarations sociales (GIP-MDS), ce qui n'a pas été fait pour le dispositif envisagé à cet article.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je ne comprends pas l'argumentation. La date d'échéance est avancée pour les entreprises acquittant plus de 50 000 euros de cotisations sociales. Cela ne pénalise pas les petites entreprises.

M. Jean-Pierre Barbier. C'est certes un moyen d'éviter l'engorgement des services administratifs, mais ces entreprises devront se mettre en conformité avec six mois d'avance. Nous proposons de leur laisser un an de plus, ce qui permet également de limiter l'engorgement du 1^{er} janvier 2016.

J'insiste, en outre, sur l'embarras dans lequel elles vont se trouver en ayant à gérer, en même temps que cette bascule, la mise en place du compte pénibilité.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Permettez-moi de rappeler que cette mesure de simplification et d'efficience figurait dans la loi Warsmann de mars 2012, qui en prévoyait la généralisation en 2016. Afin d'éviter un encombrement administratif et de gestion, le Gouvernement propose de l'avancer de six mois pour les entreprises versant plus de 50 000 euros de cotisations sociales. Je ne vois pas ce qu'il y a d'insurmontable pour ces grosses entreprises qui sont informées depuis 2012.

Mme Véronique Louwagie. Je comprends le souci d'éviter un engorgement, mais, plutôt que d'anticiper, nous proposons de fixer une date postérieure. Les difficultés économiques commandent d'accorder beaucoup de souplesse aux entreprises, d'autant que celles-ci vont avoir à intégrer la nouvelle norme bancaire IBAN en 2014 et que beaucoup n'y sont pas prêtes. Restreindre les délais, c'est les mettre encore plus dans la difficulté.

M. Jean-Pierre Door. N'oublions pas que les très petites entreprises sont très disparates. Le choc de simplification ne va pas être aussi facile que cela à absorber pour ce monde d'artisans et de commerçants. Souvenons-nous des difficultés qui se sont posées lorsqu'il s'est agi de les affilier au RSI. Repousser la date de bascule au 1^{er} janvier 2017 permettrait à toutes les organisations professionnelles de prendre le train en marche et de faire de la pédagogie en vue de la dématérialisation, qui est absolument nécessaire. Donnez du temps au temps pour ne pas les braquer.

M. Francis Vercamer. Repousser la date limite n'empêche pas les entreprises de basculer plus tôt si elles le désirent. Laissons un peu de souplesse aux PME. Aujourd'hui, énormément d'entreprises sont en difficulté, le nombre de faillites n'a jamais été aussi élevé. Si votre choc de simplification se révèle être un électrochoc de réanimation pour les entreprises, je ne suis pas sûr que l'affaire prenne un bon tour. L'objet de mon amendement est de laisser un peu plus de temps aux entreprises, qui ont d'abord besoin d'aller chercher des clients et du chiffre d'affaires, pour entrer dans le dispositif.

M. Rémi Delatte. L'amendement AS241 est défendu.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je comprends que certaines TPE, peu au fait des réformes, même si celle-ci date de 2012, puissent être un peu inquiètes. Cette réforme

présente tout de même cet intérêt que, à partir du 1^{er} janvier 2013, les employeurs utilisant la DSN seront dispensés de l'accomplissement des attestations de salaires pour les indemnités journalières, des attestations employeur à destination de Pôle emploi, de la déclaration des mouvements de main-d'œuvre et de l'enquête sur les mouvements de main-d'œuvre. Il s'agit bien là de simplification pour ces entreprises, et il faut le leur faire comprendre.

Encore une fois, c'est la loi Warsmann de 2012 qui a mis en place le dispositif et en a fixé l'échéance. Au titre de rapporteur, je me sens mal placé pour vous donner satisfaction. Peut-être pourriez-vous interpellier le Gouvernement en séance publique sur le sujet. En l'état actuel des choses, je ne peux qu'appeler à repousser ces amendements.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle examine l'amendement AS266 rectifié de Mme Dominique Orliac.

Mme Dominique Orliac. Cet amendement vise à étendre à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon la déduction majorée de cotisations et contributions sociales d'origine légale et conventionnelle des particuliers employeurs applicable aux DOM.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je ne vois pas pourquoi Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon seraient privés de l'avantage qui a été consenti aux DOM. Il doit s'agir d'un oubli. La logique voudrait qu'on accepte l'amendement.

Mme Isabelle Le Callennec. Il devait pourtant y avoir une raison puisque l'amendement est gagé. Si une perte de recettes est envisagée, c'est que l'impact ne doit pas être négligeable. Cette situation ne résulte peut-être donc pas d'une erreur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Pire qu'une erreur, ce serait une injustice. En fait, au moment du vote précédent, ces territoires faisaient l'objet de consultations administratives particulières qui les ont empêchés d'être associés aux DOM concernés.

M. Bernard Accoyer. Puisque cet amendement est gagé par une taxe sur les tabacs et alcools, j'en déduis que nous pourrions déposer autant d'amendements que nous voudrions pour peu qu'ils comportent un gage. Confirmez-vous qu'ils ne seront pas rejetés au titre de l'article 40 ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Dans la mesure où ils n'entraîneraient qu'une perte de recettes, oui.

M. Bernard Accoyer. Pourtant, cela déséquilibrerait les comptes publics du mauvais côté, ce qui relève de l'article 40 de la Constitution.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Ce sont les dépenses supplémentaires qui sont visées par cet article, pas les pertes de recettes.

M. Bernard Accoyer. Est visée par l'article 40, soit une diminution des recettes des finances publiques soit une augmentation des dépenses. Nous sommes dans ce cas. J'en prends bonne note, et cela va nous être utile pour déposer nos amendements. Je me tourne vers Mme la présidente pour qu'elle me confirme qu'il suffit de gager une proposition par une taxe additionnelle sur les tabacs et alcools.

Mme Martine Carrillon-Couvreur, présidente. Nous venons de vous expliquer qu'il s'agit d'une perte de recettes et que cela se gage. Il n'y a là rien de nouveau.

*La Commission **adopte** l'amendement AS266 rectifié.*

*Puis elle **adopte** l'article 23 **modifié**.*

Article 24 : *Affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie des excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières*

La Commission est saisie de l'amendement de suppression AS86 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Puisqu'on prélève les caisses excédentaires pour financer les caisses déficitaires, pourquoi ne pas fusionner toutes les caisses en une seule ? Au moins n'aurions-nous plus à voir ce genre d'article.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je fais remarquer à M. Vercamer que son amendement n'aboutirait pas à supprimer les régimes spéciaux, mais simplement à annuler le prélèvement. Les lois Juppé ont conservé ces régimes, et si ceux-ci présentent des excédents, autant les diriger vers la Caisse nationale d'assurance maladie. Ce serait un mauvais service à rendre à la CNAM que de supprimer un tel prélèvement s'il est possible.

Je comprends que cet amendement fournit à M. Vercamer l'occasion de s'exprimer sur les régimes spéciaux plus qu'il ne vise à supprimer le prélèvement. Je vous invite donc à le repousser.

*La Commission **rejette** l'amendement AS86.*

*Puis elle **adopte** l'article 24 **sans modification**.*

Article 25 : *Reconduction pour la période 2014-2017 de l'avance consentie par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines*

*La Commission **adopte** l'article 25 **sans modification**.*

Article 26 : *Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt*

*La Commission **adopte** l'article 26 **sans modification**.*

*Elle **adopte** ensuite la troisième partie du projet de loi.*

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2014

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Avant l'article 27

La Commission se saisit de l'amendement AS350 de M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie.

M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie. Cet amendement complète le projet de loi du Gouvernement ; il montre la direction dans laquelle nous voulons tous aller, et nous espérons rallier un grand nombre de nos collègues.

Il s'agit de faire passer dans les faits une stratégie nationale de santé qui repose notamment sur l'expérimentation – en matière d'organisation des soins, de rémunérations, de parcours de soins... Cela doit permettre de décroïsonner, d'assurer une meilleure prise en charge des maladies chroniques, de favoriser une meilleure coordination entre professionnels de santé, comme entre professionnels et établissements. Ce sont là des réformes structurelles, mais qui doivent être progressives : l'étape de l'expérimentation est donc cruciale.

Pour cela, il faut un cadre légal ; c'est pourquoi cet amendement dessine un cadre générique pour toutes les expérimentations. Le détail de chacune d'entre elles pourrait ainsi être renvoyé à un décret : le recours à la loi ne serait plus nécessaire à chaque nouvelle expérimentation. L'amendement prévoit que ces expérimentations ne pourraient pas durer plus de quatre ans.

M. Bernard Accoyer. Nous avons cru entendre le Président de la République parler d'un choc de simplification, mais c'est un choc de complexification que vous nous proposez ici ! Laissons de la liberté aux professionnels et aux institutions ; laissons-les travailler ! Pourquoi prévoir un cadre unique ? Les problèmes ne sont pas identiques partout.

Mme Martine Pinville. Mais justement, pour mener des expérimentations, et donc évaluer des politiques et au besoin les adapter, il faut prévoir un cadre législatif. L'amendement me paraît donc intéressant.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le rapporteur, vous déguisez ce PLFSS sous les habits de la stratégie nationale de santé. Vous avez souvent dénoncé les réformes de la majorité de droite, mais tout ce dont vous parlez ici a déjà été développé : en réalité, vous aménagez l'existant à la marge.

Je sais que vous souhaitez la mise en place d'une stratégie nationale de santé – madame la ministre ne l'a pas encore fait. Mais vous devriez plutôt laisser les Agences régionales de santé (ARS) agir en concertation avec les représentants des professionnels, dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). Au lieu de complexifier, essayez de simplifier !

M. Francis Vercamer. Après les rappels à l'ordre de Mme la présidente de la Commission cet après-midi, je suis surpris qu'un tel amendement, qui me paraît relever de

l'organisation des soins et non d'une loi de financement, n'ait pas été rejeté : il faut croire que la puissance de feu du rapporteur est considérable...

M. Christian Paul, rapporteur. Ah ça ! L'avenir le dira.

M. Jean-Pierre Barbier. On nous annonce pour 2014 une loi de santé publique : il me semble regrettable d'introduire maintenant de nouveaux dispositifs, qui risquent de se révéler complexes – et coûteux à mettre en place.

M. Bernard Perrut. Certaines expérimentations peuvent naturellement être judicieuses, mais votre projet paraît flou : à quels dispositifs pensez-vous ? Pensez-vous faire des économies, et lesquelles ? On peut être favorable au principe que vous défendez tout en étant réservé sur l'amendement : on ne comprend pas comment cette nouvelle organisation fonctionnera, quelle sera l'implication des ARS et des établissements.

De même, vous prévoyez un compte rendu au Parlement, mais sous quelle forme ?

M. Bernard Accoyer. Cet amendement est-il seulement constitutionnel ? Il me semble que vous faites d'un PLFSS une loi portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social. Vous prenez une initiative personnelle – on connaît votre talent, ou en tout cas l'idée que vous vous faites de votre talent !

M. Christian Paul, rapporteur. Je remercie la majorité de son soutien, mais surtout l'opposition de la grande diversité de ses questions. Cet amendement, monsieur Accoyer, est bien une proposition de votre rapporteur, ce qui est mon droit – et je crois même mon devoir.

Vous semblez collectivement hésiter en permanence entre le reproche de construire une coquille vide – c'est l'idée de M. Door – et la diabolisation – c'est celle de M. Accoyer. C'est l'un ou l'autre, et il va falloir choisir !

Je veux vous rassurer : il est parfaitement légitime de proposer, dans le cadre d'un PLFSS, de fixer un cadre pour des expérimentations qui peuvent affecter la facturation, la tarification, la participation de l'assuré aux frais... Je ne pensais pas que le droit à l'expérimentation était une hérésie : M. Raffarin, lorsqu'il était Premier ministre, en avait même fait un mode de gouvernement, ce qui ne me paraît guère critiquable. Il me semble que nous pouvons porter ensemble l'idée que l'expérimentation est une méthode adaptée à des sujets aussi complexes et qui affectent si largement notre système de soins, et je me réjouis que le Gouvernement l'utilise.

Dessiner un cadre législatif permettra d'assouplir et de simplifier les procédures, puisqu'un décret suffira à lancer une nouvelle expérimentation. Ce que nous voulons, c'est aller de l'avant et ne pas enfermer ces expérimentations dans un cadre trop contraignant, par exemple en modulant les dispositifs selon les pathologies : cela me semble de bonne politique.

M. Francis Vercamer. Cet amendement augmente les dépenses publiques, puisqu'il évoque des modalités de financement dérogatoires et qu'il confie des tâches supplémentaires aux agences régionales de santé (ARS) : il sera censuré par le Conseil constitutionnel.

M. Jean-Pierre Door. Ce « cadre générique » n'a effectivement, me semble-t-il, pas lieu d'être dans une loi de financement : il s'agit plutôt d'organisation des soins ; on retrouve d'ailleurs dans son texte beaucoup de choses que nous avons inscrites dans la loi Hôpital,

patients, santé et territoires (HPST) et la loi Fourcade. Pourquoi ne pas laisser les ARS et les professionnels organiser les soins, dans le cadre des SROS III ?

M. Christian Paul, rapporteur. Dès lors qu'il y a un financement dérogatoire, il faut une base législative, mais cela ne veut pas dire financement supplémentaire, monsieur Vercamer ! La stratégie nationale de santé doit permettre, concrètement, de décloisonner et d'optimiser l'organisation des soins. Le but, c'est d'en arriver à une meilleure efficience, notamment à une meilleure prise en charge des maladies chroniques : il ne s'agit certainement pas de rationner ou de raboter, mais de soigner mieux. La première raison de notre volonté de réforme n'est donc pas de faire des économies, mais dès lors que nous éviterons les doublons ou le nomadisme médical et que nous renforcerons la coordination, nous avons quelques espoirs d'en faire... Rien ne dit donc que cette proposition augmente les dépenses, bien au contraire.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

Article 27 : Rémunération de l'exercice pluriprofessionnel

La Commission examine l'amendement AS87 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Nous proposons de supprimer cet article, qui prévoit de prolonger à nouveau l'expérimentation, lancée en 2008, de nouveaux modes de rémunération. Nous ne sommes pas contre ce principe, bien au contraire, mais une expérimentation a-t-elle vocation à être reconduite chaque année ? Il nous semble qu'il faut savoir tirer des conclusions et prendre des décisions.

M. Christian Paul, rapporteur. Je suis prêt à donner acte à l'opposition du fait que cette expérimentation était une bonne chose ; mais elle n'a pas encore abouti.

M. Jean-Pierre Door. Sur le terrain, si !

M. Christian Paul, rapporteur. Bien sûr, sur le terrain, les expérimentations ont eu lieu ; mais les négociations conventionnelles – qui doivent permettre de pérenniser et d'étendre ces expérimentations – n'ont pas commencé. Cet article vise donc à prolonger l'expérience, mais aussi à prévoir, en cas d'échec de la négociation, la possibilité d'un règlement arbitral. Nous souhaitons bien sûr que les négociations aboutissent, mais il ne paraît pas inutile de prévoir que tel ne soit pas le cas.

Monsieur Vercamer, je serais donc surpris que vous mainteniez cet amendement, dont l'adoption réduirait à néant un projet de la majorité précédente qui, certes, n'a pas encore abouti, mais dont nous souhaitons le succès. Nous ne casserons jamais ce qui marche, au contraire, nous voulons donner de la réalité et de la vigueur à ce qui en manque.

M. Gérard Sebaoun. Dans la mesure où les négociations conventionnelles n'ont pas même débuté, soit on proroge l'expérimentation, soit on l'abandonne tout à fait.

Mme Isabelle Le Callennec. L'étude d'impact mentionne, parmi les nouvelles expérimentations possibles, l'extension de la pratique du tiers payant, qui nous paraît promouvoir une véritable déresponsabilisation du patient. Nous sommes donc extrêmement circonspects.

M. Christian Paul, rapporteur. Avec les nouveaux modes de rémunération, ce qui est en jeu, c'est le travail en équipe, par exemple dans les maisons pluridisciplinaires de santé, et l'exercice interprofessionnel. La stratégie nationale de santé y accorde une grande importance, et le Gouvernement prévoit le financement en 2014 de 150 nouvelles équipes. Si la stratégie nationale de santé ne comprend donc pas que des idées neuves, monsieur Door, elle représente un changement d'échelle radical ! La « révolution du premier recours » peut constituer pour les années qui viennent une feuille de route pour nous, mais surtout pour tous les professionnels de santé qui veulent peu à peu, sans brutalité, adopter ces nouveaux modes d'exercice.

Mme Isabelle Le Callennec. La prévention, dont il a beaucoup été question lors du débat sur les retraites, fait-elle partie de ces nouvelles missions ?

M. Christian Paul, rapporteur. Absolument, et vous avez raison d'y insister. Jusqu'ici, la médecine était un exercice solitaire, voire isolé. Désormais, de nouveaux métiers, de coordination du travail médical notamment, permettent de libérer du temps médical pour de nouvelles missions, dont l'éducation à la santé fait pleinement partie. Encore une fois, ces idées ne sont pas nées en mai 2012 ; ce sont des idées importantes, défendues par de nombreux professionnels. Mais nous voulons permettre enfin leur mise en œuvre concrète.

M. Fernand Siré. Je ne suis pas convaincu du tout : votre nouveau système se rapproche du salariat ; en voulant faire disparaître l'exercice libéral de la médecine, vous aboutirez à un système étatisé, donc plus coûteux ! Vous faites du médecin généraliste le pilier de votre organisation : mais il y en a de moins en moins, notamment dans nos campagnes ; et, à Perpignan, nous avons un centre de radiologie flambant neuf, mais pas de radiologues ! Vous voulez faire des expériences, mais vous n'en avez pas les moyens. Tout cela est bien gentil, mais on ne fera jamais de médecine sans médecins !

M. Christian Paul, rapporteur. Certes. Mais l'éducation thérapeutique et la prévention sont absolument indispensables ; or, aujourd'hui, les médecins libéraux n'ont pas le temps de remplir ces missions qui se situent en amont de l'acte de soin. Il ne s'agit pas du tout de salariat : on en reste ici à une rémunération à l'acte. Mais beaucoup de médecins sont volontaires pour participer à l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération, parce qu'ils comprennent l'importance de ces nouvelles missions.

Je m'imaginais même que ces expérimentations constituaient un sujet consensuel.

M. Denis Jacquat. En Suisse, notamment, la prévention est faite par les médecins, après la consultation, et ils perçoivent pour cela une rémunération spécifique. C'est un système qui fonctionne très bien.

M. Christian Paul, rapporteur. Merci, vous répondez mieux que moi-même...

La Commission rejette l'amendement AS87.

Puis elle examine les amendements identiques AS52 de M. Jean-Pierre Door et AS141 de M. Rémi Delatte.

M. Jean-Pierre Door. Je reviens sur l'amendement AS350. Vous voulez passer en force, monsieur Paul, empêcher la négociation conventionnelle d'aller à son terme. Je rappelle que la convention est valable jusqu'en 2015 et que, à partir de 2014, les représentants des caisses et des médecins doivent se réunir pour établir une nouvelle convention.

L'exposé des motifs de l'article 27 du texte explique que, « si la négociation conventionnelle est la voie privilégiée pour la généralisation de la rémunération d'équipe, la présente mesure prévoit, en cas d'échec de cette négociation, la possibilité d'un règlement arbitral approuvé par les ministres ». Alors que vous ne semblez pas apprécier ce type de règlement par ailleurs, vous le validez ici, éliminant les syndicats qui représentent les professionnels de santé de tout accord conventionnel.

En outre, l'amendement en question ne fait que reprendre l'avenant n° 8 signé récemment par les organisations syndicales, et qui prévoit la possibilité de développer la prévention et le suivi de maladies chroniques moyennant une rémunération annuelle de 5 ou 8 euros par dossier médical. Tous les outils existent déjà.

M. Rémi Delatte. La proposition de règlement arbitral approuvée par les ministres pour les accords conventionnels interprofessionnels constitue un vrai mauvais signe pour les professionnels de santé puisque leurs syndicats seront exclus de la négociation. C'est pourquoi je demande la suppression des alinéas 2 à 4 de l'article 27.

M. Christian Paul, rapporteur. Le règlement arbitral est un dispositif habituel dans le système conventionnel, qui s'applique en cas de rupture des négociations. Il ne s'agit donc pas d'une innovation.

Voilà plus d'un an que les négociations auraient dû commencer.

M. Jean-Pierre Door. Elles sont prévues pour toute l'année 2014.

M. Christian Paul, rapporteur. Elles n'ont pas commencé en temps voulu, aussi prévoyons-nous leur ouverture dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la loi. Vous avez d'ailleurs vous-mêmes été victimes de la lenteur de leur mise en œuvre concernant certaines dispositions de la loi HPST. Nous souhaitons en finir avec la période de procrastination. Nous ne remettons pas en cause la méthode conventionnelle, mais elle ne doit pas être l'alibi de tous les renoncements. Le législateur donne une orientation, confie à la négociation conventionnelle le soin de discuter de son application et le règlement arbitral y met fin en cas d'échec.

La Commission rejette les amendements.

La Commission examine l'amendement AS287 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. À défaut du respect du délai de trois mois déjà évoqué, s'applique le dispositif prévu de règlement arbitral. Il ne s'agit donc pas de l'achèvement des négociations.

M. Bernard Accoyer. Vous visez en tout cas l'achèvement de notre système de soins. Vous déployez tout votre savoir-faire pour la mise à mort de la médecine libérale. C'est insupportable et nous ne pouvons que nous opposer à un tel amendement.

M. Christian Paul, rapporteur. Tenant compte de tant de nuance, je maintiens cet amendement.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'amendement AS88 tombe.

La Commission adopte l'article 27 modifié.

Après l'article 27

La Commission examine l'amendement AS288 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. La majorité est attachée à l'exercice libéral des professions de santé dans les conditions les plus favorables aux professionnels et aux patients. Il n'en existe pas moins d'autres formes d'exercice de la médecine, en particulier en centre de santé. Un rapport de l'IGAS de juillet 2013 porte justement sur la situation économique des centres de santé et leur place dans l'offre de soins de demain. Il s'agissait en outre de définir le modèle économique leur permettant de travailler dans une sécurité financière pérenne.

Le 9 octobre dernier, devant la Commission, la ministre de la santé a donné son accord sur cet amendement qui poursuit trois objectifs : prévoir un principe d'équité de rémunération entre les professionnels de santé libéraux et ceux des centres de santé ; prévoir une renégociation de l'accord national dès lors que de nouveaux avantages sont accordés aux libéraux ; enfin fixer un délai pour la renégociation de l'accord de 2003.

Le directeur général de la CNAM, lors de son audition, a donné le sentiment d'attendre un signal fort du Gouvernement et du Parlement pour que la négociation aboutisse rapidement, en ce qui concerne notamment l'équité de rémunération.

M. Bernard Accoyer. Les centres de santé, qui ne doivent pas être confondus avec les maisons médicales, connaissent pour la plupart des déficits très graves.

Quelle est en outre la recevabilité de cet amendement qui prévoit des financements supplémentaires en faveur de ces centres ? Vous pensez sans doute pouvoir vous substituer au Gouvernement, monsieur Paul, vous n'en restez pas moins un élu de la nation.

Nous dénonçons votre volonté d'étatiser notre système de soins.

M. Jean-Pierre Barbier. Je suis surpris : nous sommes dans un pays libre où certains choisissent le secteur libéral, d'autres la fonction publique, d'autres encore les centres de santé. Pourquoi, au titre de l'équité, faudrait-il tout réajuster sans cesse ? Voulons-nous un pays uniforme, que tous les médecins exercent dans un centre de santé, dans une maison médicale ou dans la fonction publique ? Nous avons l'impression d'une stigmatisation permanente des professions libérales dont vous voudriez accorder les avantages aux médecins travaillant dans les centres de santé.

Par là, vous créez bien une dépense supplémentaire qui tombe sous le coup de l'article 40 de la Constitution.

M. Jean-Pierre Door. Bernard Accoyer a rappelé que les centres de santé sont quasiment tous en déficit voire en faillite, ce qui, du reste, a motivé la commande d'un rapport à l'IGAS. Le coût moyen d'une consultation dans un centre de santé est de 40 à 45 euros contre 23 euros pour une consultation classique chez le médecin.

Vous essayez de ranimer les centres de santé – mais à quel prix ! Cependant, vous asphyxiez, détruisez même la médecine générale, puisque vous voulez forcer la convention. Or la convention médicale signée par les organismes représentatifs est valable jusqu'en 2015. Vous aurez toute la médecine libérale contre vous. La ministre de la santé ne s'est d'ailleurs

pas rendue au congrès du Centre national des professions libérales de santé (CNPS). Attention danger : il ne faut pas forcer le destin. Je propose le retrait de l'amendement.

M. Fernand Siré. Pourquoi comparer des systèmes si différents et vouloir rapprocher les honoraires des médecins travaillant dans les centres de santé de ceux des médecins libéraux ? Ces derniers payent leur chauffage, leur loyer, leur secrétaire, leurs auxiliaires et leur femme de ménage, alors que, dans les centres de santé, tout est fourni, tout est gratuit. De plus, le temps de travail est loin d'être équivalent.

M. Gérard Sebaoun. Les médecins des centres de santé sont certes salariés, mais, pour ce qui est de la désignation du médecin traitant, ils sont traités comme des médecins libéraux. Or si le médecin libéral est payé par la caisse d'assurance maladie pour le nombre de patients qu'il déclare en tant que médecin référent, le médecin du centre de santé devra pour sa part passer par la déclaration dudit centre, si bien que, *in fine*, ces frais très importants ne sont pas récupérés. L'idée est donc de mettre à égalité les deux structures.

M. Gérard Bapt. En sommes-nous revenus à la lutte des médecins libéraux contre les officiers de santé ? Il ne s'agit pas de « bousculer » la convention, mais de permettre aux centres de santé, qui, du fait d'un modèle économique intenable, sont en situation difficile, de survivre, car ils sont indispensables dans les déserts médicaux, en particulier dans les banlieues. Il n'est pas question de leur accorder des privilèges, mais de leur donner des éléments de rémunération gagés, d'une certaine manière, sur ceux dont disposent déjà les médecins libéraux. Nous n'agressons pas la médecine libérale, mais jetons plutôt une bouée aux centres de santé afin de garantir une meilleure offre de soins. Cela n'a rien à voir avec une quelconque étatisation.

M. Olivier Véran. La lutte contre les déserts médicaux, la lutte pour l'amélioration de l'accès aux soins, notamment aux soins primaires, nous rassemble tous ; reste que, en particulier dans les zones urbaines sensibles, on constate une disparition progressive de l'offre de médecine libérale. Or les acteurs de la santé sont satisfaits de l'existence des centres de santé où exercent des médecins militants, qui ont une vocation particulière.

Il faut sortir des clichés, monsieur Siré. Allez donc dans les zones périurbaines constater le travail de ces centres en matière de prévention du diabète, des maladies cardiovasculaires, de l'obésité des enfants. Tout le secteur médico-social est impliqué. L'offre de soins y est très riche. Il ne s'agit pas de ranimer ces centres, mais de les ériger en modèle, à côté du modèle de la médecine libérale. Il y a de la place pour tout le monde. Il ne s'agit pas d'enlever quoi que ce soit à la médecine libérale pour le donner aux centres de santé, mais de permettre à ces derniers de perdurer.

M. Jean-Pierre Barbier. J'entends bien que les centres de santé se trouvent dans une situation économique difficile, qu'il est nécessaire de revoir leur mode de financement et, par conséquent, la rémunération des médecins qui y travaillent. Il faut donc apporter de l'argent. Toutefois, l'amendement ne précise rien concernant les recettes. Il me semble tomber sous le coup de l'article 40 de la Constitution.

M. Fernand Siré. On compte trois caisses : maladie, vieillesse et familiale. Les statuts de la caisse d'assurance maladie ne prévoient pas du tout que la sécurité sociale rembourse la prévention. Ainsi, pour rembourser la pilule et des soins à caractère préventif, il a fallu voter des lois spécifiques. Les centres de prévention remplaçaient en fait les dispensaires du ressort de l'État et des conseils généraux. On tente ici de faire payer à la

sécurité sociale des systèmes qui doivent en fait l'être par les mairies et par les conseils généraux. On nous propose un véritable détournement de fonds de la caisse d'assurance maladie.

M. Christian Paul, rapporteur. Je suis quelque peu accablé ; je pensais en effet que, en 2013, nous aurions dépassé des oppositions idéologiques aussi sommaires s'agissant du partage des tâches entre l'exercice libéral de la médecine et les centres de santé. Je prends à témoin les professionnels qui travaillent dans ces centres et qui sont des militants de la santé : pour aller dans certains territoires d'où l'offre de soins traditionnelle a disparu depuis longtemps, il faut parfois une forme de courage qui va au-delà de la norme.

Les centres de santé ne demandent pas des privilèges, mais une égalité de traitement que nous voulons inscrire dans la loi. Ils s'adressent pour une bonne part à un public en difficulté, ils jouent un rôle de prévention, d'accompagnement social, ils prennent en charge le tiers payant avec un coût certain puisqu'ils ne recouvrent pas toujours la totalité des sommes dues.

En ce qui concerne le respect de l'article 40 de la Constitution, la ministre des affaires sociales et de la santé a répondu à la Commission qu'elle prenait à son compte notre proposition, manifestant par-là clairement son intention de soutenir cette initiative.

M. Bernard Accoyer. Elle n'est pas là !

M. Francis Vercamer. Elle n'est pas au-dessus de la Constitution !

M. Christian Paul, rapporteur. La question a été explicitement posée à la ministre qui y a explicitement répondu, comme en fait foi le compte rendu de la Commission.

La Commission adopte l'amendement.

La Commission examine l'amendement AS219 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Tenace, je propose le même amendement que l'an dernier. Il vise à exonérer partiellement de cotisations retraite des médecins retraités qui souhaitent reprendre l'exercice de leur profession. Sur plus de 10 000 médecins retraités âgés de soixante-cinq à soixante-dix ans, entre 3 000 et 4 000 veulent pratiquer une activité temporaire, de remplacement, certains dans des territoires défavorisés – et, pourquoi pas, dans des centres de santé...

M. Christian Paul, rapporteur. Malgré votre constance et l'exposé sympathique que vous faites de votre proposition, monsieur Door, mon avis reste le même que l'année dernière. Nous venons de clore un grand débat sur les retraites et nous n'allons pas le rouvrir au détour d'un amendement au PLFSS.

Un pacte territoire santé a été signé pour lutter contre les déserts médicaux – lutte à laquelle participent d'ailleurs les centres de santé. Il comprend un grand nombre de mesures qui s'appliquent sur le terrain. Dans un ou deux ans, nous ferons le bilan pour savoir si nous allons assez vite et assez loin. Pour l'heure, telle est notre philosophie d'action. Ce n'est pas par l'octroi d'avantages financiers et sociaux que nous résoudrons ces problèmes.

M. Bernard Accoyer. Je comprends d'autant moins la position du rapporteur qu'il souhaite que les meilleurs soins soient dispensés partout, qu'il reconnaît que les praticiens ne

sont pas assez nombreux en plusieurs points du territoire, et qu'il sait que l'arrivée à l'âge de la retraite de la génération du *baby-boom* ne va pas améliorer les choses. Aujourd'hui, un médecin sur quatre commence sa pratique dans notre pays avec un diplôme qui n'est pas français, et des officines se chargent même de faire venir des médecins de l'étranger, en particulier de Roumanie.

Pourquoi fermer la porte à des professionnels pourvus d'expérience ? Nous connaissons tous des médecins qui renoncent à faire des remplacements ou à apporter leur aide dans des zones sous-médicalisées parce qu'ils ne veulent plus payer en charges la quasi-totalité de ce qu'ils gagnent.

M. Francis Vercamer. Certains territoires ruraux ou de banlieue peuvent être qualifiés de déserts médicaux. Parce que de plus en plus de médecins cessent leur activité sans être remplacés et que de plus en plus de pharmacies ferment, les patients sont toujours plus nombreux à se rendre à l'hôpital. On s'étonne ensuite de l'augmentation du nombre d'hospitalisations ponctuelles ou du coût croissant des transports médicaux !

En matière de santé, depuis vingt ans, on espère réduire les coûts en réduisant l'offre alors qu'il faudrait faire l'inverse et assurer une offre de proximité suffisante. Cet amendement va dans ce sens.

M. Jean-Pierre Barbier. Les arguments du rapporteur sont partisans. Je suis par exemple très surpris de l'entendre affirmer que la solution, pour lutter contre les déserts médicaux, n'est pas financière. C'est pourtant bien la ministre de la santé qui a proposé par décret de garantir un revenu de 3 640 euros aux jeunes médecins qui s'installeraient dans ces territoires !

M. Jean-Pierre Door. Mon amendement ne coûte rien. Les médecins retraités seront soumis à des cotisations obligatoires de retraite s'ils travaillent, sans même en tirer le bénéfice.

Plusieurs centaines de médecins retraités encore jeunes se sont inscrits dans la réserve sanitaire de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Même s'ils ne sont mobilisés qu'une fois par an, ils peuvent travailler sans rien payer et en étant indemnisés. Pourquoi les empêcher de remplacer un confrère dans un territoire sous-médicalisé ?

M. Jean-Patrick Gille. Nous n'empêchons rien !

M. Jean-Pierre Door. Ils n'iront pas gagner 1 000 euros si leurs charges sont de 800 euros !

Mme Martine Pinville. Au-delà de la question financière, l'accès aux soins de tous nos concitoyens doit faire l'objet d'une réflexion et d'un travail d'anticipation avec tous les professionnels concernés, dans le cadre d'un projet de santé sur un territoire donné.

M. Christian Paul, rapporteur. Les conditions actuelles que nous avons héritées de la précédente majorité n'empêchent pas des médecins retraités de continuer d'exercer leur métier dans des zones sous-denses. Nous en connaissons tous ; ils rendent d'immenses services. Cela n'appelle pas une exonération des cotisations de retraite.

Dans la lutte contre les déserts médicaux, la majorité mise plus que l'opposition sur une meilleure organisation du système, sur l'exercice pluridisciplinaire et sur les nouveaux modes de rémunération. Nous préférons renforcer l'attractivité de l'exercice libéral et des territoires plutôt que de parier sur l'incitation financière au coup par coup.

La Commission rejette l'amendement.

Article 28 : *Réforme du cadre d'autorisation des coopérations entre professionnels de santé*

La Commission est saisie des amendements identiques AS53 de M. Jean-Pierre Door et AS92 de M. Francis Vercamer.

M. Jean-Pierre Door. L'article 28 prévoit la mise en place d'un collège des financeurs dans lequel siègent les représentants de l'assurance maladie et de l'État. Son avis sur le modèle médico-économique conditionne l'autorisation du protocole de coopération, afin d'en permettre le financement.

Ce collège des financeurs aura la possibilité d'autoriser un financement dérogatoire des protocoles de coopération qui pourra notamment déroger aux tarifs des honoraires conventionnels ou au paiement à l'acte. Il n'est pas envisageable que de telles dérogations puissent être actées sans aucune concertation avec les professionnels de santé concernés.

M. Francis Vercamer. Mon amendement est défendu.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. La concertation avec les professionnels de santé est notre pain quotidien et celui du Gouvernement. Ces derniers sont à l'initiative des protocoles de coopération qui viennent du terrain. Quand leur mise en œuvre échoue, c'est souvent que le modèle médico-économique sur lequel ils sont construits n'est pas pertinent – en clair, ils n'ont pas de financement. Le collège des financeurs étant créé afin de résoudre ce problème, il est regrettable que vous demandiez la suppression de cet article.

M. Rémi Delatte. Nous pourrions, dans ce cas, inclure les représentants des professionnels de santé dans le collège des financeurs. C'est l'objet de mon amendement AS142.

M. Olivier Véran. Les projets de coopération interprofessionnelle menés à titre d'expérimentation ont été portés par la loi HPST. Je ne crois pas que, en les créant, l'opposition actuelle ait cherché à détruire la médecine libérale ou le paiement à l'acte ; elle pourrait donc souffrir que nous tentions de les améliorer !

Ces protocoles rencontrent souvent un problème d'évaluation médico-économique. La création d'un collège des financeurs qui vérifiera leur faisabilité économique est à la fois consensuelle et attendue.

En revanche, je m'interroge sur l'opportunité de confier la responsabilité de la construction d'un modèle médico-économique aux seuls professionnels de santé. Ne peut-on pas attendre de l'administration qu'elle vienne en appui de ces derniers qui risquent de ne pas avoir le temps de s'y consacrer ? Une simplification du dispositif permettrait sans doute de garantir son caractère opérationnel.

M. Christian Paul, rapporteur. Monsieur Véran, l'article 28 prévoit déjà que « le contenu type de ce modèle économique est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé ». Un dispositif d'appui de l'administration aux professionnels est donc organisé.

*La Commission **rejette** les amendements.*

*La Commission **adopte** successivement les amendements de coordination, de rédaction ou de précision AS289 à AS292 de M. Christian Paul, rapporteur.*

Elle est saisie d'un amendement AS142 de M. Rémi Delatte.

M. Rémi Delatte. J'ai déjà défendu cet amendement.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. La participation des professionnels au collège des financeurs n'aurait pas de sens. Les professionnels de santé eux-mêmes prennent l'initiative des protocoles et en discutent sur le terrain avec l'agence régionale de santé et les financeurs. Il est inutile d'ajouter un étage supplémentaire de concertation alors qu'elle est déjà largement organisée.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

*Elle **adopte** ensuite successivement les amendements de précision, de rédaction ou de coordination AS293 à AS297, AS300 et AS302 de M. Christian Paul, rapporteur.*

La Commission est saisie de l'amendement AS299 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement vise à supprimer une mention inutile.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** successivement l'amendement de précision AS298 et l'amendement de coordination AS301 de M. Christian Paul, rapporteur.*

*Elle **adopte** l'article 28 **modifié**.*

Article 29 : Expérimentation de financement d'actes de télémédecine

La Commission est saisie de l'amendement AS303 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement vise, d'une part, à simplifier la rédaction du I de l'article 29 et, d'autre part, à ne pas viser *a priori* certains types d'actes de télémédecine au détriment des autres, dans la mesure où l'expérimentation porte, globalement, sur « le déploiement de la télémédecine ». Il appartiendra aux ARS responsables de la mise en œuvre des expérimentations de sélectionner les projets pertinents.

Mme Isabelle Le Callennec. Selon l'article 29, « la liste des régions pilotes est définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ». Sur quels critères ce choix sera-t-il fait ? De même, monsieur le rapporteur, quels seront les critères de la sélection par les ARS de ce que vous qualifiez de « projets pertinents » ?

M. Christian Paul, rapporteur. Les procédures d'appel à projets ne sont pas une innovation. Mme la ministre des affaires sociales et de la santé pourra nous répondre en séance sur un cahier des charges et des critères qui n'ont pas leur place dans la loi. Les objectifs sont néanmoins clairs : il s'agit d'améliorer l'efficacité du système de soins, d'apporter un appui aux professionnels de santé qui peuvent se trouver dans des territoires isolés, ou encore de permettre des confrontations avec des expertises, malgré la distance.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

Elle est saisie de l'amendement AS97 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Sans préjudice du nécessaire rééquilibrage de l'offre de soins, les expérimentations en matière de télémedecine doivent, à mon sens, cibler prioritairement les zones déficitaires en termes de santé.

M. Gérard Bapt. La télémedecine permet d'améliorer l'offre de soins en zone déficitaire, mais son intérêt va bien au-delà et concerne notamment les actes de diagnostic et d'exploration particulièrement complexes. Elle peut par exemple permettre la prise en charge de l'accident cardiovasculaire aiguë dans n'importe quel centre hospitalier qui s'adressera à un centre de référence en mesure de prendre une décision relative au transport sanitaire ou à la mise en œuvre d'une thérapeutique. L'amendement de M. Vercamer est en quelque sorte superfétatoire.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. L'un des bienfaits de la télémedecine est évidemment de pouvoir remédier aux situations de désertification médicale, mais nous ne pouvons pas cibler ce seul objectif.

Comme l'indique l'étude d'impact du PLFSS, les nouveaux usages de la télémedecine pourront se développer sur trois axes permettant de « faciliter l'accès aux soins pour les patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales (EHPAD en particulier), notamment dans les zones sous-denses ou enclavées » ; d'« optimiser les parcours de santé, notamment des personnes âgées et handicapées » ; et de « renforcer l'efficacité de la prise en charge pour les patients [...] et la collaboration entre professionnels de santé, en favorisant notamment l'exercice regroupé ».

*La Commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'amendement de précision AS304 de M. Christian Paul, rapporteur.*

*En conséquence, l'amendement AS95 de M. Francis Vercamer **n'a plus d'objet**.*

La Commission est saisie des amendements identiques AS305 de M. Christian Paul, rapporteur, AS1 de M. Jean-Pierre Barbier, AS94 de M. Francis Vercamer et AS220 de M. Jean-Pierre Door.

M. Christian Paul, rapporteur. Ces amendements visent à étendre aux pharmaciens d'officine la possibilité de participer aux expérimentations de déploiement de la télémedecine. Je signale que cette proposition a d'ores et déjà recueilli l'accord de principe du Gouvernement.

M. Jean-Pierre Barbier. Cette extension doit permettre de lutter contre les déserts médicaux : alors que les officines sont présentes sur l'ensemble du territoire, ce remarquable

maillage est insuffisamment utilisé, particulièrement dans les territoires ruraux, où l'officine est souvent le premier contact avec un professionnel de santé.

M. Francis Vercamer. La mesure a été excellemment défendue par le rapporteur.

M. Jean-Pierre Door. Il est vrai que les pharmaciens sont, en milieu rural, des acteurs essentiels du parcours de soins. Je vous propose, monsieur le rapporteur, de faire de ces amendements un amendement unique de la Commission.

*La Commission **adopte** les amendements à l'unanimité.*

M. Christian Paul, rapporteur. Je remercie la Commission de cette unanimité. Je me félicite également que l'article 40 n'ait pas été invoqué contre cet amendement.

*La Commission **adopte** successivement les amendements rédactionnels AS306, AS307, AS309, AS308, AS311, l'amendement de précision AS310 et l'amendement rédactionnel AS312 de M. Christian Paul, rapporteur.*

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements AS96 de M. Francis Vercamer et AS359 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Francis Vercamer. Il est temps que le Gouvernement présente au Parlement un bilan des expérimentations qui ont déjà eu lieu en matière de télémédecine.

M. Christian Paul, rapporteur. Voilà dix ans qu'on parle de télémédecine, mais elle ne fait l'objet que de huit projets au niveau national, et ils concernent essentiellement des établissements de santé. Nous manquons donc du recul suffisant pour dresser un véritable bilan. C'est la raison pour laquelle je vous propose de rallier mon amendement, qui précise que cette expérimentation devra être évaluée « avant le 31 septembre 2016 ».

M. Francis Vercamer. Je retire mon amendement au bénéfice de celui du rapporteur.

*L'amendement AS96 est **retiré**.*

*La Commission **adopte** l'amendement AS359.*

*Elle **adopte** l'article 29 **modifié**.*

Article 30 : *Amélioration de la protection sociale des professionnelles de santé en cas d'arrêt maladie lié à la grossesse*

La Commission examine les amendements rédactionnels AS313 et AS314 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Ces amendements précisent la rédaction d'un article qui vise à renforcer de façon concrète l'attractivité des professions libérales de santé par la création d'un régime d'indemnité journalière maladie au profit des professionnelles de santé enceintes.

*La Commission **adopte** successivement les amendements.*

Elle adopte l'article 30 modifié.

Article 31 : *Régulation et expérimentation de nouveaux modes d'organisation du transport des patients*

La Commission est saisie des amendements identiques AS74 de M. Jean-Pierre Door et AS98 de M. Francis Vercamer.

M. Jean-Pierre Door. Tout le monde est conscient de la nécessité de réguler les dépenses de transport sanitaire, en augmentation constante depuis des années. Or beaucoup de ces prestations de transport concernent des patients pris en charge en établissement de santé et sont remboursées en ville, et on ne sait pas très bien qui est le prescripteur. Cet amendement vise à responsabiliser l'ensemble des prescripteurs de transport qui opèrent en établissement de santé, qu'ils soient salariés ou qu'ils exercent en libéral.

M. Francis Vercamer. Cet amendement vise à favoriser la coopération entre ces deux secteurs, salarié et libéral.

M. Christian Paul, rapporteur. Votre souhait de mieux identifier les responsabilités en matière de prescription de transport est légitime, et ce n'est pas par idéologie que je ne peux pas me prononcer en faveur de vos amendements, mais pour une raison très concrète : c'est qu'il n'est pas encore techniquement possible d'identifier l'origine des prescriptions de transport des établissements de santé, qui sont globalisées dans le cadre du contrat d'amélioration de la coordination et de la qualité des soins (CACQOS) signé par l'établissement. La Cour des comptes a d'ailleurs regretté qu'on ne puisse pas aller plus loin dans l'identification des prescripteurs.

M. Jean-Pierre Door. Nous demandons simplement que les deux secteurs soient responsabilisés.

M. Christian Paul, rapporteur. Une telle précision ne sert à rien tant qu'on est incapable d'identifier le prescripteur.

M. Jean-Pierre Barbier. Je suis surpris d'une telle incapacité à identifier l'origine des actes à l'hôpital, alors qu'on y parvient très bien lorsqu'il s'agit de la médecine de ville.

M. Christian Paul, rapporteur. Il ne s'agit pas d'un choix idéologique, mais d'un état de fait : l'identification du prescripteur ne pose par nature aucun problème en médecine de ville, alors que ces prestations sont globalisées à l'hôpital. Les systèmes d'information permettront peut-être à l'avenir de changer cet état des choses.

La Commission rejette les amendements.

Elle examine l'amendement AS73 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. La modification de l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale prévue par l'article 31 prévoit que le directeur général de l'agence régionale de santé puisse proposer aux établissements de santé la signature d'un CACQOS, lorsque le montant des dépenses de transport sera supérieur au taux d'évolution national des dépenses de transport, même dans les situations où les établissements de santé respectent les règles de prescription. Or le 1° de l'article L. 322-5-5 actuel du code de la sécurité sociale indique que le CACQOS prévoit nécessairement « un objectif de réduction du taux d'évolution des

dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement ». Les établissements ne pourront pas refuser le contrat sans s'exposer aux sanctions financières prévues par le quatrième alinéa de l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale.

M. Christian Paul, rapporteur. L'article 31 ne remet pas en cause les principes de base du CACQOS. Il vise simplement à en assouplir le cadre en supprimant l'automatisme des sanctions, ce qui devrait plutôt favoriser le dialogue entre les établissements de santé et l'ARS. C'est pourquoi je suis défavorable à la suppression de l'alinéa 2.

M. Jean-Pierre Barbier. Je suis très surpris qu'on rejette une mesure qui favoriserait une meilleure traçabilité des prescriptions de transport au sein de l'hôpital, alors que la médecine de ville est soumise à une exigence de transparence totale.

M. Christian Paul, rapporteur. Si l'on réintroduisait le principe de prescription du mode de transport le moins onéreux, les établissements ne passeraient plus de contrat. La souplesse introduite par l'article vise au contraire à favoriser le dialogue et la contractualisation entre l'ARS et les établissements de santé. En attendant qu'on trouve des moyens techniques d'identification, soyons pragmatiques et adoptons cet article de simplification.

M. Gérard Bapt. La proposition de nos collègues n'est cependant pas totalement à écarter pour l'avenir, et, de même que la CNAMTS explore les possibilités d'identifier l'origine de la prescription médicamenteuse, on pourrait rechercher les moyens de mieux identifier les prescriptions de transport. Faute de cette identification, je ne vois pas comment l'hôpital pourrait participer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

M. Christian Paul, rapporteur. Nul ne conteste le fait que, plus vite on parviendra à identifier les prescripteurs, mieux cela vaudra, mais tant qu'on n'aura pas progressé dans ce domaine, l'assouplissement proposé par cet article sera pertinent.

M. Jean-Pierre Barbier. Je constate que, selon qu'il s'agit de la médecine de ville ou de l'hôpital, on privilégiera soit la contrainte soit le dialogue.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS126 de M. Francis Vercamer et AS127 de M. Jean-Pierre Door.

M. Francis Vercamer. Cet amendement vise, comme les précédents, à améliorer la coordination entre le secteur libéral et le secteur salarié en matière de prescription de transport à l'hôpital.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement vise à associer les prescripteurs libéraux à la convention entre l'établissement de santé, la caisse primaire d'assurance maladie et l'ARS sur laquelle reposera l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation des transports sanitaires.

M. Gérard Bapt. Cette proposition est particulièrement pertinente s'agissant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), où interviennent majoritairement des médecins libéraux : une convention passée avec ce type d'établissement n'aurait guère de portée si elle ne les concernait pas.

M. Christian Paul, rapporteur. Défavorable, pour les mêmes raisons que précédemment.

*La Commission **rejette** les amendements.*

*Puis elle **adopte** les amendements rédactionnels AS315, AS316, AS318, AS317 et AS319 à AS326 de M. Christian Paul, rapporteur.*

La Commission est saisie de l'amendement AS327 rectifié de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement propose d'avancer la remise du rapport d'évaluation de ces expérimentations de 2019 à 2016, dans le souci d'améliorer la transparence dans ce domaine de la prescription de transport, qui constitue un coût important pour notre système de santé.

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Elle **adopte** ensuite l'amendement de précision AS328 de M. Christian Paul, rapporteur.*

*La Commission **adopte** l'article 31 **modifié**.*

Article 32 : *Suppression du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins*

*La Commission **adopte** l'amendement rédactionnel AS329 de M. Christian Paul, rapporteur.*

Elle en vient ensuite à l'amendement AS77 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. L'article 32 supprime le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et en transfère l'enveloppe au fonds d'intervention régional (FIR). Or il conviendrait d'éviter qu'un tel transfert n'entraîne la suppression du comité national chargé de réaliser des études relatives aux actions et expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins sur les territoires.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. Je rappelle que le FIQCS a vu son périmètre se réduire considérablement au fil des ans, ses interventions ayant été ventilées dans d'autres fonds. Or, alors qu'il ne reste plus que 4 millions d'euros dans le FIQCS, ses coûts de gestion s'élèvent à 400 000 euros, soit 10 % de ses ressources. Vous conviendrez que l'on peut mieux faire ! En confiant au Conseil national de pilotage des ARS le soin de prendre le relais de ce comité, nous réaliserons donc des économies.

M. Jean-Pierre Door. Ce comité national sera-t-il remplacé par l'instance chargée du pilotage du FIR ?

M. Christian Paul, rapporteur. Non. Le FIQCS étant résiduel, c'est le Conseil national de pilotage des ARS qui, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), procédera à la répartition de ses crédits. Il ne nous a pas paru souhaitable, en effet, de maintenir

l'existence d'un dispositif aussi lourd et complexe qu'un comité national de gestion ou qu'un conseil national pour la qualité et la coordination des soins pour distribuer 4 millions d'euros.

M. Jean-Pierre Door. J'accepte de retirer mon amendement. Cela étant, l'ARS sera-t-elle seule à assurer la gouvernance du FIR ou le fera-t-elle avec d'autres partenaires ?

M. Christian Paul, rapporteur. Il n'est pas question ici du FIR, mais d'aides à la qualité gérées par le Conseil national de pilotage des ARS, après avis de l'UNCAM et de l'UNPS.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS330 de M. Christian Paul, rapporteur.

Puis elle adopte l'article 32 modifié.

Article 33 : Réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé

La Commission est saisie des amendements identiques AS8 de M. Jean-Pierre Barbier, AS99 de M. Francis Vercamer et AS221 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Barbier. L'article 33 prévoit un système de financement dérogatoire pour les hôpitaux ayant une faible activité. Cela entraînera leur maintien, au détriment de la sécurité et de la qualité des soins offerts aux patients, ainsi que l'ont d'ailleurs souligné plusieurs rapports récents – en particulier lorsque l'activité chirurgicale y est insuffisante. Plus grave encore, cet article prévoit également l'introduction d'un mécanisme de dégressivité des tarifs nationaux pour certaines prestations d'hospitalisation des établissements de santé. Or ce mécanisme strictement comptable risque de pénaliser les hôpitaux dynamiques ayant engagé une réorganisation de leurs activités. C'est pourquoi nous proposons la suppression de cet article.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. M. Barbier vient de faire l'éloge posthume du « tout T2A », c'est-à-dire d'une période où l'on considèrerait que le financement à l'activité dans les établissements hospitaliers devait l'emporter sur toute autre logique de proximité géographique ou de qualité des équipes. Nous faisons quant à nous le choix politique de mettre fin à ces excès – et cet article y tend de deux manières.

Son premier volet concerne les établissements situés en zone peu densément peuplée et dont l'activité est isolée sur le plan géographique. Notre objectif consiste à donner la possibilité aux ARS de déroger, sur la base d'une appréciation géographique, au sacro-saint principe de la T2A, au profit d'établissements ayant des pratiques de qualité, mais qui se trouvent sur des territoires isolés et dont les activités ne sont pas exercées dans les établissements voisins. Il ne s'agit donc pas d'instituer une dérogation systématique, mais de conférer une faculté aux agences, lorsque l'intérêt général l'exige.

Nous avons en effet constaté dans plusieurs régions que la T2A, telle qu'elle est appliquée aujourd'hui – c'est-à-dire de façon intégriste –, ne permet pas le maintien d'activités de soins indispensables dans certains bassins de population et que les besoins de santé n'y sont donc pas satisfaits. Or, s'il ne s'agit pas de tout faire dans les établissements de proximité, il convient, lorsqu'ils disposent d'équipes de qualité, de leur permettre d'aménager leur tarification et, ainsi, d'y maintenir certaines activités. Sans cela, ces restructurations

brutales ont pour effet l'instauration de distances parfois insurmontables entre les populations et les établissements de santé, induisant pour elles des frais de transport que vous avez vous-mêmes ardemment dénoncés tout à l'heure. Nous préférons donc la modernisation négociée des établissements de santé et de leur tarification à l'approche strictement comptable appliquée depuis plus de dix ans et dont on mesure les effets désastreux sur la carte sanitaire du territoire. Les géographes de santé ont d'ailleurs identifié une remise en cause de l'accessibilité aux soins dans la plupart des régions.

Le second volet de l'article 33 constitue lui aussi un moyen de mettre fin à l'intégrisme de la T2A. En effet, cette méthode comptable a incité des établissements à un développement excessif de certaines activités – voire de leur activité en général. Nous appuyant sur un calcul économique de base, nous considérons pour notre part qu'un établissement qui développe très fortement son activité amortit ses coûts fixes sur un grand nombre d'actes et que, par conséquent, une partie des gains réalisés peut être réintégrée dans l'enveloppe commune de l'ONDAM pour contribuer au financement de l'offre de soins.

Cet article me paraît l'un des plus importants du PLFSS dans la mesure où il amorce la fin des excès de la T2A.

M. Francis Vercamer. Mon amendement est un amendement d'appel. J'entends bien les propos du rapporteur sur le problème des établissements hospitaliers qui accomplissent peu d'actes et sont confrontés à des problèmes financiers. Cependant, plutôt que d'adopter une mesure conjoncturelle de ce type et soutenir des hôpitaux dont l'existence est peut-être inutile, on ferait mieux de travailler sur la carte hospitalière, l'offre de soins, les déserts médicaux et la spécialisation des établissements. Je ne dis pas qu'il faut tous les supprimer. Simplement, cet article ne me semble pas opportun dans la mesure où il ne repose sur aucune réflexion d'ensemble, alors même que l'hôpital pèse extrêmement lourd dans le coût de la sécurité sociale en France. Par ailleurs, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) reposent déjà sur un mode de financement distinct de la T2A. Sans doute existe-t-il d'autres moyens d'aider les hôpitaux à équilibrer leurs comptes.

M. Jean-Pierre Door. L'article 33 concerne la « réforme du financement des établissements de santé ». Nous avons donc bien compris que la philosophie du parti socialiste consistait à réformer la T2A et si possible à instituer des financements dérogatoires. Nous, nous souhaitons à l'inverse maintenir le système de financement par la tarification à l'activité, que nous avons toujours défendu et que nous continuons à soutenir. Celui-ci existe d'ailleurs depuis longtemps dans tous les pays européens, la France ayant été l'un des derniers à l'adopter. Nous nous sommes en outre montrés ouverts aux éventuelles améliorations que le Premier président de la Cour des comptes pourrait nous suggérer : nous pourrions notamment faire intervenir les MIGAC ou au moins les missions d'intérêt général (MIG) et déroger à la T2A dans certains établissements – en particulier dans les services de soins de rééducation ou dans certains EHPAD. Quoi qu'il en soit, nous souhaitons la suppression de cet article.

M. Michel Liebgott. J'apporterai pour ma part au contraire mon soutien à l'adoption de cet article. De fait, tout le monde n'a pas la chance de résider à proximité d'un CHU ou d'un centre hospitalier. Certes, il convient de faire évoluer les nombreux établissements locaux, parfois gérés par la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) ou par d'autres associations. Il reste que, si on leur applique la tarification à l'activité de façon abrupte, on les conduira purement et simplement au dépôt de bilan et à la liquidation – ce qui risque d'entraîner la disparition totale de l'offre de soins dans leur région

– y compris dans le cas où les communes ont cautionné leurs garanties d'emprunt pour les soutenir.

On recense plusieurs établissements de ce type dans mon département, notamment dans les bassins sidérurgiques anciens : ils ont bénéficié, depuis l'élection de notre majorité, de mesures de souplesse qui leur ont permis d'évoluer. Les uns ont effectivement intégré le centre hospitalier régional ou un établissement public – cette intégration étant assortie d'un droit d'option pour le personnel. Et ces changements se sont très bien déroulés : certes, il a parfois fallu supprimer des services de chirurgie là où ils étaient déficitaires, afin de ne pas démultiplier le nombre de plateaux techniques. Mais, dans ce cas, y ont été substitués des services très performants qui n'existaient pas auparavant et qui revêtent parfois une dimension régionale. Ces hôpitaux ont donc été maintenus, même s'ils ont évolué.

D'autres établissements, plus proches de la frontière avec la Belgique ou le Luxembourg, sont restés sous l'égide de la FEHAP, ce qui peut parfois poser des difficultés. Mais l'on ne saurait demander aux Français qui résident à la frontière d'aller se faire soigner systématiquement à l'étranger, même s'il est possible d'établir des conventions. Il convient par conséquent de donner à certains établissements le temps d'évoluer pour retrouver leur équilibre financier. Les MIGAC me paraissent à cet égard une solution insuffisante.

Mme Joëlle Huillier. Cet article concerne au premier chef des établissements dont on a déjà fermé les services de chirurgie et d'obstétrique, non pas pour réaliser des économies, mais parce que l'on considèrerait que la qualité des soins n'y était pas garantie. Rares sont les établissements qui disposent encore d'un service de chirurgie ou d'obstétrique dans les zones désertes, et ces hôpitaux locaux accueillent en majorité des personnes âgées. Or, dans la mesure où ces établissements sont confrontés à des aléas médicaux liés à l'âge, il est très difficile d'y appliquer la T2A qui a donc lourdement détérioré leur financement. C'est pourquoi il me paraît indispensable que ces hôpitaux se maintiennent là où ils se trouvent, compte tenu de la désertification médicale, afin d'assurer les soins d'urgence et affronter la chronicisation des maladies liées au vieillissement.

Mme Isabelle Le Calennec. Je m'interroge sur la rédaction de cet article : il dispose en effet que les activités de ces établissements « peuvent être financées selon des modalités dérogatoires ». Dans la mesure où il ne s'agit que d'une faculté et non d'une obligation, sur quels critères décidera-t-on d'y recourir ? Ces activités ne seront-elles plus financées que selon des modalités dérogatoires ou bien panachera-t-on ce système alternatif avec la T2A ? En outre, il est précisé dans l'étude d'impact que le financement de ces activités isolées « pourrait coûter 36 millions d'euros par an » : combien coûtent-elles aujourd'hui ? Cette mesure entraînera-t-elle une économie ou une dépense supplémentaire ? Enfin, il est spécifié que les ARS ont réalisé une enquête sur le sujet. Pourrait-on connaître la liste des établissements qui seront concernés ?

M. Olivier Véran. Il semble qu'il vous soit difficile de reconnaître l'existence de problèmes d'accessibilité aux soins dans certains territoires, qu'il s'agisse des centres de santé dans les zones urbaines sensibles ou des hôpitaux de recours dans les territoires ruraux – alors même que vous vous faites régulièrement les chantres de la défense de la ruralité contre une gauche qui les délaisserait ! Il existe en France des normes d'accessibilité aux soins : elles sont par exemple de trente minutes pour les maternités. Or certains hôpitaux sont les derniers à répondre à ces normes, au détriment d'une partie importante de la population. Et ces établissements ont des frais, car c'est un fait : ils accomplissent moins d'actes que les autres.

Prenons l'exemple de l'hôpital de Bourg-Saint-Maurice, qui procède à 300 accouchements par an environ et qui est extrêmement attentif à la sécurité et à la qualité des soins prodigués. Si vous mettez fin à son activité de gynécologie obstétrique, en suivant la logique comptable dictée par la T2A, vous supprimerez tout accès à une maternité à une heure trente à la ronde – ce qui ne correspond ni à notre souhait ni au vôtre.

Soyons pragmatiques : l'application stricte de la T2A pose problème dans les hôpitaux qui sont isolés géographiquement ou situés dans une zone peu densément peuplée. Pour autant, il nous faut les maintenir compte tenu des normes d'accessibilité aux soins dont dépend la santé des populations. Dès lors, plutôt que d'exercer sur eux une pression permanente les entraînant à une course à l'activité – alors que les habitants des territoires ruraux voient leurs hôpitaux fragilisés au fil des ans –, donnons-nous les moyens de mener une véritable politique d'accès aux soins. Nous la voulons tous puisque vous avez tenu à respecter ces normes au cours des années précédentes.

Il convient en outre de soutenir l'emploi : en effet, vous ne parlez de l'hôpital que comme s'il représentait une dépense. Or, il constitue également une activité économique sur un territoire : transformez un hôpital en maison de retraite et cela aura un impact économique très important. Nous ne parlons donc pas ici de coûts, mais d'aménagement de notre territoire national, d'accessibilité aux soins et de l'avenir de l'hôpital avec un grand H !

M. Jean-Pierre Barbier. Certes, nous parlons d'argent – ce qui est bien normal puisque nous débattons du PLFSS –, mais aussi de qualité de soins. Or la proximité n'est pas toujours synonyme de qualité. Ainsi, l'hôpital de La Mure, situé sur le plateau de Grenoble, disposait-il de deux chirurgiens : l'un chargé de la chirurgie des os, l'autre de la chirurgie viscérale. Et lorsque l'un s'absentait, c'était l'autre qui opérait. Or vaut-il mieux laisser un orthopédiste opérer un patient de l'appendicite ou bien envoyer ce dernier au CHU situé à heure de distance afin qu'il soit bien soigné ? Si la T2A a eu le mérite de contraindre les hôpitaux locaux qui ne pouvaient vivre seuls, non pas à fermer, mais à évoluer afin d'opérer les rapprochements nécessaires avec les CHU, la souplesse que vous introduisez ne permettra pas, en revanche, d'améliorer la qualité du système.

Mme Isabelle Le Callennec. Si j'ai interrogé le rapporteur, c'est que cet article est sibyllin et que j'ai hâte de savoir précisément à quels établissements ce texte va s'appliquer. Puisque cette information est connue, fournissez-la-nous afin que nous puissions voter en toute transparence.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet article vise à faire évoluer le fonctionnement de plusieurs hôpitaux – mais pas au détriment de la qualité de l'offre de soins, monsieur Barbier, car il existe des procédures d'évaluation et d'accréditation. Nous aurons ainsi la possibilité d'aider certains établissements au nom de l'objectif d'égalité d'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire. Et, si un décret d'application doit établir les modalités de financement dérogatoire des établissements concernés, il n'en fixera pas la liste nominative. Il pourra s'agir d'appliquer des coefficients aux tarifs et de fixer des dotations plancher ou encore des dotations complémentaires. On ne recourra plus au paiement à l'activité puisqu'il sera possible d'accorder des majorations ou des bonus aux établissements qui n'ont pas la taille critique aujourd'hui exigée en termes de rentabilité. En faisant porter l'évolution sur la tarification, nous réformons en profondeur la T2A. Ce système diffère par conséquent des MIGAC, forme de subvention complémentaire de la T2A, n'ayant pas permis de régler les problèmes d'isolement géographique et de couverture du territoire.

Tel est l'esprit dans lequel le Gouvernement a proposé cette petite révolution – qui me paraît aller dans le bon sens après plusieurs années de restructuration comptable aux conséquences dramatiques. Lorsque l'on oblige les populations à parcourir un trajet d'une heure et demie pour se rendre dans une maternité, on commet une erreur en termes d'aménagement du territoire.

*La Commission **rejette** les amendements.*

La séance est levée, le mercredi 16 octobre 2013, à zéro heure dix.



Présences en réunion

Réunion du mardi 15 octobre 2013 à 21 heures

Présents. – M. Bernard Accoyer, M. Gérard Bapt, M. Jean-Pierre Barbier, Mme Gisèle Biémouret, Mme Kheira Bouziane, Mme Sylviane Bulteau, Mme Fanélie Carrey-Conte, Mme Martine Carrillon-Couvreur, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Rémi Delatte, M. Jean-Pierre Door, Mme Hélène Geoffroy, M. Jean-Marc Germain, M. Jean-Patrick Gille, M. Jérôme Guedj, Mme Joëlle Huillier, Mme Sandrine Hurel, M. Denis Jacquat, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, M. Céleste Lett, Mme Véronique Louwagie, M. Laurent Marcangeli, Mme Dominique Orliac, M. Christian Paul, M. Bernard Perrut, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Denys Robiliard, M. Jean-Louis Roumegas, M. Gérard Sebaoun, M. Fernand Siré, M. Jean-Louis Touraine, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer

Excusé. – M. Christophe Sirugue