

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

X I V <sup>e</sup>      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 2015 (n° 2252) (*MM. Gérard Bapt, Olivier Véran, Mme Martine Pinville, MM. Michel Issindou, Denis Jacquat et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs*)..... 2
- Présences en réunion..... 28

Mercredi  
15 octobre 2014  
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 08

SESSION ORDINAIRE DE 2014-2015

**Présidence de  
Mme Catherine  
Lemorton,  
Présidente**



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**Mercredi 15 octobre 2014**

*(Présidence Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)*



*La séance est ouverte à neuf heures quarante.*

*La Commission poursuit l'examen, ouvert à la presse, des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (n° 2252) sur le rapport de MM. Gérard Bapt, Olivier Véran, Mme Martine Pinville, MM. Michel Issindou, Denis Jacquat et Mme Marie-Françoise Clergeau.*

**Article 40 : Réforme des modalités de gestion et restructuration des missions du fonds d'intervention régional (FIR)**

*La commission examine l'amendement AS153 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Le fonds d'intervention régional (FIR) est abondé par différentes sources de financement des établissements de santé. Or si l'on étend le périmètre de ce fonds aux structures médico-sociales, il y aura moins d'argent pour la santé puisque le nombre potentiel de bénéficiaires du FIR augmentera. Le présent amendement vise donc à garantir le caractère opérationnel du FIR en finançant des opérations ciblées dans le domaine de la santé et non pas dans le domaine médico-social.

**M. Olivier Véran, rapporteur pour l'assurance maladie.** Vous avez déposé le même amendement pour les alinéas 11 et 13 ; or il semble davantage avoir sa place à l'alinéa 13, donc avis défavorable.

*L'amendement est rejeté.*

*La commission examine ensuite l'amendement AS154 de M. Dominique Tian.*

**M. Dominique Tian.** Je présente à nouveau cet amendement à l'alinéa 13, place plus pertinente, selon le rapporteur. Je ne doute donc pas qu'il sera adopté.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** En effet, la pertinence formelle est respectée puisqu'il s'agit du bon alinéa. Toutefois, l'extension proposée par le texte ne concerne que l'amélioration des conditions de travail des personnes des structures médico-sociales dont le financement est budgété dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). J'ai reçu la confirmation que le dispositif existant convenait déjà parfaitement. Avis défavorable.

*L'amendement est rejeté.*

*La commission en vient aux amendements identiques AS87 de M. Jean-Pierre Door et AS150 de M. Dominique Tian.*

**M. Jean-Pierre Door.** Toujours à propos du FIR, nous souhaitons connaître le détail des financements des établissements de santé établissement par établissement. La loi organique relative aux lois de finances du 1<sup>er</sup> août 2001 a d'ailleurs intégré dans les finances de l'État un principe de sincérité budgétaire visant à la transparence financière.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Les ressources du FIR ont été évaluées à 3,4 milliards d'euros en 2014. A-t-on connaissance des critères d'attribution de ce fonds région par région ?

**M. Élie Aboud.** Les parlementaires et les élus locaux ne sont pas les seuls à constater l'opacité totale du fonctionnement des agences régionales de santé (ARS) : les fonctionnaires des ARS eux-mêmes la déplorent. M. Door a d'autant plus raison d'invoquer la transparence du fonctionnement du secteur médico-social qu'il est question de transférer progressivement des responsabilités des conseils départementaux vers les ARS. L'amendement AS150 est donc défendu lui aussi.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Les amendements suivants traitant du même sujet, mon avis vaudra pour eux aussi. Les dispositions proposées relèvent du domaine réglementaire et non législatif. Ensuite, la synthèse des budgets annexes est transmise au Parlement dans le cadre du PLFSS et elle intègre un compte financier et un bilan de l'exécution des crédits. Le détail par établissements ou par régions est dématérialisé et accessible : soit vous utilisez un moteur de recherche sur internet, soit vous faites une simple demande auprès de l'ARS qui vous fournira la liste détaillée de l'utilisation de ces crédits. Avis défavorable.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Vous n'avez pas répondu à ma question : comment le ministère de la santé répartit-il l'enveloppe du FIR région par région ? Quels sont les critères selon lesquels tant sera donné à telle région et tant à telle autre ?

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Les voies de répartition du FIR sont impénétrables. Une base historique prévaut dans la répartition par région. Il est important – et nous sommes bien d'accord – que les parlementaires puissent avoir une vision très claire de la distribution du FIR. La répartition par région fait, j'y insiste, l'objet d'une annexe de synthèse et le reste est disponible sur internet ; s'agissant de la clef de répartition, je reposerai la question au ministère de la santé et je vous invite à faire de même en séance publique.

*Les amendements sont rejetés.*

*La commission examine ensuite les amendements identiques AS88 de M. Jean-Pierre Door et AS151 de M. Dominique Tian.*

**M. Jean-Pierre Door.** Il est bon, comme l'a mentionné le rapporteur, de pouvoir disposer sur internet du détail des financements établissement par établissement. Il faut aussi que nous l'ayons région par région. Nous avons évoqué le FIR au moment où, dans le cadre d'une « niche » parlementaire de l'UMP, nous avons examiné les objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie (ORDAM). Nous avons alors défendu le principe d'un FIR transparent.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Nous sommes tous demandeurs de plus de transparence en la matière. Je rappelle que c'est sous la présente majorité que le FIR a été énormément augmenté pour répondre à des expérimentations territoriales et qu'il fait l'objet d'un sous-objectif de l'ONDAM.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette les amendements.*

*De même, elle rejette les amendements identiques AS70 de M. Jean-Pierre Door et AS152 de M. Dominique Tian.*

*L'article 40 est adopté sans modification.*

**Article 41 : Financement de l'innovation**

*La commission en vient à l'amendement AS272 de M. Olivier Véran, rapporteur.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** La filière du dispositif médical se porte plutôt très bien en matière de recherche fondamentale, de recherche translationnelle, mais elle souffre d'une balance commerciale déficitaire et, dans le cadre des travaux du conseil stratégique des industries de santé (CSIS) ont été prises des mesures de simplification, d'amélioration de la filière, de la commande publique... Le forfait innovation existe ainsi depuis 2008 qui permet de financer, sur une dotation exceptionnelle, des dispositifs particulièrement innovants à l'intention d'établissements de santé.

Or ce forfait n'a pas servi jusqu'en 2014 ! La ministre de la santé l'a permis cette année à deux reprises. Le projet de loi prévoit son extension à la ville – avancée très importante. En revanche, dans sa rédaction initiale, le texte tendait à rigidifier les conditions d'accessibilité, pour un dispositif médical, au forfait innovation, alors même que je viens de rappeler que seuls deux forfaits ont été attribués en six ans. C'est pourquoi il m'a semblé judicieux de retirer certaines mesures de contrainte comme des critères d'impact médico-économique majeur : il est en effet difficile, pour un matériel innovant qui n'a jamais été testé, de démontrer qu'il est, d'un point de vue médico-économique, « majeur ».

**M. Jean-Pierre Barbier.** L'assouplissement des critères d'éligibilité au forfait innovation se fera, je suppose, à enveloppe constante. N'y a-t-il dès lors pas un risque de dispersion, de saupoudrage ?

**M. Olivier Véran, rapporteur.** On finance des projets au coup par coup. Alors que seuls deux projets ont été financés en six ans, il reste de la marge avant la « dispersion » que vous évoquez. Un sous-amendement du Gouvernement permettra l'extension du dispositif aux centres de santé. On comptera potentiellement davantage de candidatures, certes, mais le goulot restera très serré : seules les innovations « de rupture » bénéficieront d'un financement. Il faut avoir présent à l'esprit que l'innovation est parfois accessible plus rapidement aux États-Unis ou en Asie que dans nos propres hôpitaux ; il y a donc de quoi s'interroger, surtout quand ces innovations sont françaises. Aussi le forfait innovation vise-t-il à répondre à un certain nombre de cas sans prétendre constituer l'alpha et l'oméga de la distribution de dispositifs innovants dans les hôpitaux français.

*L'amendement est adopté.*

*La commission aborde l'amendement AS13 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Je défendrai en même temps, avec votre permission madame la présidente, l'amendement AS248.

Actuellement, l'inscription au remboursement d'un médicament et le taux de participation de l'assuré sont déterminés par le service médical rendu (SMR) de celui-ci et le prix dépend de son niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR).

Il est proposé ici, pour une meilleure lisibilité et une meilleure prise en compte de la valeur ajoutée ou du progrès thérapeutique apporté, de faire évoluer ces doubles notions de SMR et ASMR pour les « fondre » en un indicateur unique appelé « intérêt thérapeutique relatif » (ITR) reposant sur une analyse comparative.

Cet indicateur pourrait être étendu progressivement pour l'évaluation des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes.

**M. Élie Aboud.** Dans tous les pays européens, on a ajouté à la notion de service médical rendu celle de service écologique rendu avec un indice mesurant la persistance, la bioaccumulation et la toxicité des résidus médicamenteux dans les eaux de surface (PBT). On ne peut aujourd'hui négliger cet aspect.

**M. Gérard Bapt.** Un problème de répartition des compétences existe depuis la loi du 29 décembre 2011 entre l'Agence du médicament et la Haute autorité de santé (HAS). L'Agence du médicament est certes toujours chargée de la délivrance des autorisations de mise sur le marché ; mais la loi a renforcé le recours aux essais comparatifs dans le cadre de la procédure d'autorisation. Or procéder à de tels essais ne revient pas seulement à évaluer un service médical conduisant à l'autorisation de mise sur le marché, cela revient aussi à aborder la question de l'amélioration du service médical rendu. On observe donc une confusion des genres entre une agence d'État et la HAS qui est une autorité administrative indépendante.

Sandrine Hurel ou Arnaud Robinet, membres comme moi du conseil d'administration de l'agence, ont pu être témoins de cas sensibles. Il convient de faire évoluer le dispositif de manière à sortir de cette confusion et afin de l'amener vers cet index thérapeutique relatif que M. Door a renommé « intérêt thérapeutique relatif ». L'amendement soulève en tout cas un vrai débat qu'il faut que nous menions avec madame la ministre. Nous sommes du reste plusieurs ici à le souhaiter.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Ce débat n'est pas nouveau, en effet. Nous sommes sans doute d'accord ici pour considérer que le système fondé sur le SMR et l'ASMR n'apporte pas toutes les satisfactions voulues. Néanmoins, l'application de l'amendement provoquerait un véritable Big-Bang dans le secteur de l'industrie pharmaceutique : nous n'aurions pas la capacité d'évaluer l'évolution des dépenses ; certains médicaments aujourd'hui remboursés pourraient du jour au lendemain se retrouver totalement déremboursés. Or nous demandons déjà un gros effort sur les dépenses de médicaments et une modification brutale des règles d'admission au remboursement ôterait toute visibilité aux acteurs. De plus, dans la filière du dispositif médical, les travaux sur l'ITR ne sont pas aussi avancés qu'ils peuvent l'être pour le médicament.

Il faut donc poursuivre les travaux dans cette direction. Une mission déléguée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) doit rendre ses conclusions d'ici à la fin de l'année sur la réorganisation du système SMR-ASMR. Je vous propose de retirer votre amendement – sinon j'émettrai un avis défavorable – et de poursuivre ce débat dans l'hémicycle avec la ministre de façon qu'elle nous éclaire sur les modifications éventuelles à apporter à ce système.

**M. Arnaud Robinet.** Je suis quelque peu surpris par les explications du rapporteur : craindre que l'adoption de l'amendement ne provoque un Big-bang dans l'industrie pharmaceutique est un peu cavalier. Ce Big-Bang a été provoqué il y a déjà un certain temps avec cette fameuse loi de 2011 et les projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) qui ont suivi puisque, sans m'en faire le défenseur, l'industrie pharmaceutique est déjà assez mise à contribution pour tâcher d'équilibrer les budgets de la sécurité sociale.

L'amendement de M. Door est non seulement très important, il est nécessaire. Il permettra d'engager la réflexion sur la transparence et la simplification indispensables des notions d'ASMR et de SMR, alors que même pour de nombreux professionnels de la santé, règne une totale confusion.

Je rejoins par ailleurs notre collègue Bapt sur la nécessité d'engager une telle discussion au sein du conseil d'administration de l'agence du médicament.

**M. Jean-Pierre Door.** L'évaluation médico-économique est le rôle – majeur – de la HAS, structure totalement indépendante. Nous souhaitons que ce rôle soit renforcé.

La prise en charge d'un médicament ou d'un acte doit être conditionnée par la valeur ajoutée ou le progrès thérapeutique qu'il apporte. Le système du SMR et de l'ASMR

avec son échelle de valeur de 1 à 4 étant devenu illisible, l'instauration d'un indicateur unique facilitera le travail de la HAS.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Il est en effet urgent de réformer le système. On l'a vu avec les produits de traitement de l'hépatite C. Étant donné que le prix est déterminé en fonction du SMR et de l'AMSR, ce produit innovant qui guérit pourtant neuf hépatites C sur dix, n'a pas été classé au niveau 1 mais au niveau 2 voire 3. Cette classification tient moins compte de l'apport du produit que du prix qu'on veut lui attribuer. Il faut donc lever une bonne fois pour toute cette ambiguïté et qu'on innove pour se mettre au goût du jour en matière thérapeutique. On en revient toujours à la même question : comment financerons-nous l'innovation demain ?

**M. Gérard Bapt.** Je comprends la remarque du rapporteur qui faisait observer que plusieurs réformes structurelles sont en cours de réalisation concernant la prise en charge du coût des médicaments innovants et très onéreux. Mener une réforme complète pourrait constituer une bonne opportunité dans cette perspective-là. Il s'agirait de remettre en question l'actuel processus d'évaluation de l'ASMR et de son évolution car les circonstances médico-économiques, selon la croissance du marché, entre la première mise sur le marché et les suivantes, ne sont pas vraiment prises en compte et ne peuvent l'être par le comité économique des produits de santé (CEPS) dans le cadre conventionnel actuel.

Je comprends bien que le ministère veuille un rapport de l'IGAS à la fin de l'année : s'agit-il bien de l'année 2014 ? Car avec M. Hutin nous attendons toujours le rapport sur le bisphénol, qui devait être remis au Parlement en juillet et qui devait être suivi d'une loi applicable le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Ensuite, l'IGAS n'est pas la sainte Bible, ni le Coran ni la Torah. Je suis scandalisé d'un rapport de l'IGAS critiquant « en plein vol » le rétablissement des systèmes d'information des hôpitaux de Marseille. Elle aurait mieux fait de s'occuper du dossier médical personnel (DMP).

Aussi l'appréciation du rapporteur n'est-elle recevable que si ce rapport sera remis très prochainement et si les conséquences en seront tirées dans le cadre de l'examen du projet de loi qui définira la stratégie nationale de santé.

**M. Christian Hutin.** Certains rapports sont politiques – et servent à lancer une idée – et d'autres sont essentiels, comme celui commandé sur le bisphénol, sujet qui recueille l'unanimité à l'Assemblée sur de nombreux points. Nous avons bien progressé et nous attendons ce rapport de toute urgence.

Dans le même ordre d'idées, il sera question, à l'article 58, du rapport Ricordeau sur l'ouverture de nouveaux droits aux victimes de l'amiante ; j'ai réuni le groupe d'études que je préside sur l'amiante pour commander un rapport d'étape que nous attendons depuis deux ans.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** La réflexion est déjà engagée et nous sommes d'accord pour considérer qu'il y a un problème avec l'ASMR et, dans une moindre mesure, avec le SMR.

Je reviens sur le Big-Bang. Qu'un très grand nombre de médicaments puisse être déremboursés du jour au lendemain au seul motif, non pas qu'ils seraient inefficaces mais moins efficaces que d'autres alors qu'ils pourraient tout de même bénéficier aux malades, pose problème. En outre, la HAS estime elle-même que la mise en place d'un tel dispositif prendrait plusieurs années puisqu'il faudra évidemment engager une concertation avec les acteurs concernés.

Quant au rapport de l'IGAS, monsieur Bapt, d'après mes informations, il est attendu pour fin 2014 ou les tout premiers mois de l'année 2015. Que ses conclusions soient prises en compte dans la stratégie nationale de santé me paraît un peu prématuré. Mais ce n'est pas à vous que j'apprendrai qu'un rapport de l'IGAS a davantage vocation à alimenter la réflexion d'un ministre que celle du Parlement.

*L'amendement est rejeté.*

*La commission adopte l'article 41 modifié*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Avant de poursuivre, je tiens à apporter une réponse à Mme Le Callennec que j'invite à consulter la circulaire du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales n° 2013-195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR en 2013. Ce document d'une trentaine de pages s'achève par un tableau de répartition par régions.

**Après l'article 41**

*La commission, suivant l'avis défavorable du rapporteur, rejette l'amendement AS248 de M. Jean-Pierre Door.*

#### CHAPITRE IV

### Promotion de la pertinence des prescriptions et des actes

**Article 42 :** *Renforcement des leviers régionaux d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé*

*La commission examine l'amendement AS178 de M. Dominique Tian.*

**M. Élie Aboud.** L'article 42 prévoit que les Agences régionales de santé (ARS) élaborent un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins. L'article précise en outre les domaines d'actions prioritaires. Par souci de clarté et afin d'établir des passerelles entre les uns et les autres, nous proposons que soit également recueilli l'avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Cet amendement revient à chaque examen du PLFSS. On peut estimer que, dans les procédures contradictoires qui vont avoir lieu avec l'assurance maladie dans le cadre de contrôles contentieux, le rôle des fédérations régionales peut être intéressant. Toutefois, deux mesures associant les fédérations hospitalières de cette manière ont été considérées comme des « cavaliers sociaux », notamment depuis le PLFSS pour 2010. Donc avis défavorable.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Que mes propos ne soient pas mal interprétés – j'ai beaucoup de respect pour les ARS qui font un travail remarquable sur l'ensemble du territoire –, mais ces agences ont de plus en plus de pouvoir et il est bon d'assortir tout pouvoir de contre-pouvoirs. Or l'amendement va dans ce sens. Encourager les ARS à collaborer avec l'ensemble des acteurs publics et privés éviterait une trop forte étatisation de la médecine en France.

**M. Bernard Accoyer.** L'amendement est particulièrement pertinent car on assiste au retour d'une forme d'hospitalo-centrisme dangereux. Quand on lit ce qui nous attend avec la loi santé, on comprend bien que l'étatisation menace l'avenir du système de soins français, menace la liberté de choix des malades, menace la qualité des soins, enfin menace l'équilibre financier car l'instauration d'un monopole entraîne l'augmentation des prix.

L'amendement de MM. Tian et Aboud est de bon sens : il évite une nouvelle fois de faire une mauvaise manière au plus grand nombre de praticiens libéraux qui travaillent

dans les établissements de santé. Nous insistons sur la spécificité de notre système de soins et d'hospitalisation qui jusque-là a toujours prévalu, à savoir son ouverture à la fois au public et au privé.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** L'amendement ne semble pas à sa place puisque vous voulez introduire l'avis des fédérations dans le cadre de l'avis donné avant éventuelle subordination à l'accord préalable du service du contrôle médical, de l'organisme local d'assurance maladie. Or sont ici concernés les financeurs. Je renouvelle donc mon avis défavorable.

*L'amendement est rejeté.*

*La Commission examine l'amendement AS277 du rapporteur.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Il s'agit d'un amendement de précision.

*La Commission adopte cet amendement.*

*La Commission examine l'amendement AS60 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** L'alinéa 12 traite de l'élaboration par l'agence régionale de santé du plan d'action pluriannuel d'amélioration de la pertinence des soins. Nous souhaitons que cela se fasse en concertation avec les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) ainsi qu'avec les commissions médicales d'établissement (CME) de façon que les secteurs libéral et hospitalier soient impliqués dans l'élaboration d'un plan qui, selon le rapport, doit avoir une très grande importance.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Il ne faut pas, en effet, que les ARS soient déconnectées du terrain et des professionnels de santé : elles doivent conduire leurs actions en concertation avec ces derniers.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Cela a du sens. Dans la logique juridique, le programme national émane de l'État et de l'assurance maladie, et il devrait en être de même pour les programmes régionaux. Si je m'interroge sur la constitutionnalité de la mesure proposée, je suis d'accord, sur le fond, qu'il pourrait être pertinent d'impliquer les URPS. Cependant, ce ne peut, l'échelon en question étant celui de la région, être le cas des CME elles-mêmes, mais plutôt des conférences de CME. Si vous réécrivez l'amendement en ce sens, nous pourrions en débattre avec la ministre.

*Cet amendement est retiré.*

*La Commission examine l'amendement AS12 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** C'est à la Haute autorité de santé (HAS) qu'incombe de donner des avis d'efficience en matière d'évaluation médico-économique. Je pense que, dans la chaîne de décision, elle devrait être la première consultée, avant les choix de prise en charge par la sécurité sociale des actes de prescription de médicaments ou de dispositifs médicaux. Il convient de conforter les référentiels qu'elle établit.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Défavorable. La proposition restreint le champ des établissements pouvant être ciblés dans le cadre des contrats. La mesure repose sur un double niveau de ciblage : un premier niveau visant un nombre relativement important d'établissements auxquels seront assignés des objectifs qualitatifs d'amélioration de la pertinence définis selon des indicateurs de processus, et un second niveau qui visera un nombre plus restreint d'établissements, qui présenteraient, par exemple, des écarts importants par rapport aux moyennes nationales ou régionales. En intégrant dans la rédaction « une proportion élevée d'actes, prestations ou prescriptions non conformes aux référentiels de la HAS » dès le premier niveau, vous réduisez considérablement la portée de la mesure. En



outre, la suppression du terme « notamment » restreint les critères qui pourraient être retenus pour le ciblage.

*La Commission rejette cet amendement.*

*La Commission examine, en discussion commune, les amendements AS64 de M. Jean-Pierre Door ainsi que les amendements AS144 et AS177 de M. Dominique Tian.*

*Les amendements AS64 et AS144 sont identiques.*

**M. Élie Aboud.** Il est normal que les médecins libéraux intervenant dans les établissements soient impliqués dans les contrats d'objectifs, afin qu'ils n'aient pas le sentiment de rester en dehors de la structure.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Défavorable. Le sujet, fondamental, est celui de la pertinence des soins. Le principal acteur de la pertinence de la prescription, dans un établissement ou à la ville, est certes le médecin. La pertinence doit donc être améliorée en créant de l'émulation parmi les professionnels de santé autour de cet enjeu : ce n'est pas par l'injonction d'un directeur d'ARS à un directeur d'hôpital que le but sera atteint. Aussi, je proposerai un amendement sur ce point dans le domaine hospitalier, mais si, s'agissant du présent amendement, nous impliquons les médecins libéraux dans le contrat, nous les rendons responsables, alors même que le contrat comprend des pénalités. Cela créerait, je le crains, quelque émoi dans la profession.

*La Commission rejette ces amendements.*

*La Commission examine les amendements identiques AS84 de M. Jean-Pierre Door et AS146 de M. Dominique Tian.*

**M. Jean-Pierre Door.** Cet amendement vise à supprimer les sanctions en cas de non-atteinte des objectifs ou de refus de signer un contrat. Ces sanctions pourraient conduire les établissements à refuser de dispenser certains actes ou traitements s'ils craignent de rencontrer des difficultés dans le respect du contrat. Vous risquez ainsi de faire échec à votre propre objectif d'amélioration de la pertinence des soins.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Confier des pouvoirs exorbitants à une seule agence, en l'occurrence l'ARS, me paraît dangereux. Nous risquons de constater des abus. Soyons prudents.

**M. Gérard Bapt.** Si nos collègues ne veulent pas des pénalités, il faut qu'ils demandent la suppression de l'ensemble des alinéas 20 et 21, et non du seul membre de phrase sur lequel porte l'amendement, cette suppression minime ne répondant pas à leur objectif. En tout état de cause, l'application de ces pénalités sera exceptionnelle. Je reconnais toutefois qu'en matière de pertinence des soins, nous ne pourrons rien sans l'active participation des médecins.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Le bon acteur de la pertinence des soins, certes, n'est pas le directeur d'établissement, même s'il a pour mission de créer les conditions rendant cette pertinence possible. C'est pourquoi je proposerai, comme je l'ai dit, un amendement visant à créer une émulation chez les professionnels de santé eux-mêmes autour de cet enjeu.

Nous prévoyons, entre l'hôpital, l'ARS et l'assurance maladie, un contrat qui comporte non seulement un volet incitatif mais aussi un pouvoir de sanction de l'ARS sur l'établissement. Un accompagnement financier est prévu à hauteur de 35 millions d'euros de dotation pour la première année et de 50 millions pour l'année suivante, avec des pénalités qui n'excéderont en aucun cas 10 millions d'euros et qui, de surcroît, ne s'ajouteront pas à celles

prévues en cas de difficultés à respecter le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il est peu probable que ces pénalités soient souvent prononcées.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Aux termes de l'alinéa 20, le directeur de l'ARS peut décider seul de l'application d'une sanction. Ce pouvoir me paraît exorbitant.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Le rôle des directeurs généraux d'ARS a été défini par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » votée par la précédente majorité. Une procédure contradictoire est prévue. Par ailleurs, la situation n'est pas rigide, vous connaissez le rôle des élus dans les territoires : il y a des échanges, non seulement avec les ARS, mais aussi avec les usagers, les représentants des groupements médicaux, et les collectivités interviennent. L'ARS n'est pas connue pour être une machine de guerre dans les territoires. Si la sanction sera possible, le dispositif reste très largement incitatif.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Les ARS écoutent de moins en moins et font de plus en plus ce qu'elles veulent. N'en rajoutez donc pas : nous ne pourrions plus les contrôler.

**M. Michel Liebgott.** M. Barbier met en cause à la fois la tutelle, l'intervention de l'État, le personnel des ARS, et un processus de contrôle qui ne peut qu'être dépourvu de sens s'il n'est pas assorti de pénalités. Nous nous sommes assez plaint des dérives financières des établissements, conduisant au dépôt de bilan d'associations et de structures privées, avec des conséquences catastrophiques pour les patients, les communes, l'aménagement du territoire. La régulation est donc nécessaire, ce qui n'empêche d'ailleurs pas l'action dans l'urgence : cette dernière est prise en considération par cet article. Les ARS représentent, dans leur périmètre, l'intérêt général en matière de santé. Nos collègues ont un *a priori* négatif contre les représentants de l'intérêt général.

**Mme Isabelle Le Callennec.** L'avis de l'ARS, de la tutelle, est certes important, ainsi que celui de l'assurance maladie, mais cet article fait fi du rôle du conseil de surveillance. Par ailleurs, s'agissant de la mise sous accord préalable, *quid* de l'aide médicale d'État (AME) ? S'il y a un domaine en dehors de tout contrôle, c'est bien celui-là.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Je souhaiterais, à l'attention de Michel Liebgott, que nous nous gardions des procès d'intention. Mes propos ne mettaient en cause ni le travail des ARS, ni celui des fonctionnaires, ni la tutelle. Je demande seulement que nous soyons prudents.

**M. Gérard Bapt.** Un directeur d'ARS n'agit pas comme un prince au temps de Louis XIV. Nous sommes un État de droit et toute décision d'un directeur d'ARS est soumise à des voies de recours. Les établissements ou les organisations représentatives savent contester une décision devant un tribunal administratif ; nous en avons un exemple frappant en Midi-Pyrénées.

Cela n'a aucun rapport avec l'AME. Un rapport IGF-IGAS de 2011 sur l'AME, rendu public seulement après le vote du Parlement sur le sujet, a montré que certains établissements portaient de manière indue des actes dans le champ de l'AME, et que l'enveloppe de cette dernière avait augmenté notamment pour cette raison. C'est une question d'organisation administrative, qui n'est pas celle de la pertinence des soins.

M. Door déplore souvent la forte proportion d'actes inutiles ou redondants : parmi ces actes, il y a aussi des abus. Qu'un directeur d'ARS puisse mettre l'exercice sous accord préalable, c'est certes une limitation de la liberté de prescription, mais cela permet de lutter contre les abus.

**M. Jean-Pierre Door.** J'ai souvent dénoncé les prescriptions abusives. Un contrat d'objectifs en matière de pertinence des soins est quelque chose de souhaitable, mais il est

dommage que vous l'assortissiez de pénalités. C'est un étatsisme forcé. Il vaudrait mieux prévoir un dialogue entre les ARS et les directeurs d'hôpitaux. Pourquoi mettre ces derniers en difficulté, quand ce sont les médecins qui prescrivent ? Certains services éviteront de prendre en charge des actes afin d'éviter de possibles sanctions. Il faut supprimer les pénalités financières prévues aux alinéas 20 et 21.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Qui prescrit ? Les médecins. Mais qui finance ? Le financement passant par les cotisations sociales des salariés, l'impôt, il est normal que l'État, *via* les ARS, regarde ce qui se passe.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Vous proposez, et c'est une bonne chose, une contractualisation entre les établissements de santé, les ARS et l'assurance maladie, en vue d'améliorer la pertinence des soins et la maîtrise de la prescription. Or la suppression de la franchise et de l'autorisation préalable d'accès à l'AME ont rendu une immense liberté aux acteurs. J'entends dire que l'AME a beaucoup augmenté, passant de 800 millions à un milliard. Est-ce le nombre d'actes qui a augmenté ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** L'AME étant un fonds d'État, nous aurons ce débat dans le budget santé de l'État. Respectons le périmètre.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Les gens n'attendent pas le projet de loi sur la santé pour parler de l'AME ! C'est un sujet de société.

*La Commission rejette les amendements identiques AS84 et AS146.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette les amendements identiques AS85 de Jean-Pierre Door et AS145 de M. Dominique Tian.*

*La Commission examine l'amendement AS273 du rapporteur.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Cet amendement vise à orienter vers le fonds d'intervention régional (FIR) les pénalités versées par les établissements refusant le contrat, de façon à accompagner les établissements désireux de s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Cela n'aidera pas les établissements puisque vous avez dit que les sanctions seraient exceptionnelles.

*La Commission adopte cet amendement.*

*La Commission adopte l'article 42 modifié.*

#### **Après l'article 42**

*La Commission examine les amendements AS41 de M. Francis Vercamer et AS129 de M. Dominique Tian.*

**M. Francis Vercamer.** Cet amendement vise à développer la chirurgie ambulatoire, dont la Cour des comptes souligne qu'elle reste en décalage, en France, avec un important potentiel de développement mis en évidence par la pratique des autres pays occidentaux. Cette pratique est source d'économies significatives. L'amendement prévoit que le contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion conclu entre l'ARS et l'établissement de santé comprend obligatoirement des objectifs chiffrés de développement de la chirurgie ambulatoire ainsi qu'un calendrier de mise en œuvre pluriannuelle.

**M. Élie Aboud.** L'amélioration, dans ce domaine, a été plus sensible dans le secteur privé que dans le secteur public. Il faut établir un bilan chiffré et aider toutes les structures, publiques ou privées, qui s'engagent dans cette direction.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Défavorable. Le développement de la chirurgie ambulatoire – 40 % en France, actuellement, contre 80 % aux États-Unis – est un objectif louable. La chirurgie ambulatoire bénéficie au patient, diminue les hospitalisations et les risques d'infections nosocomiales, ainsi que le coût pour la protection sociale, libère des places dans les services saturés, permet de restructurer les hôpitaux. Nous avons voté hier un amendement sur les hôtels hospitaliers qui permettra d'améliorer le dispositif. En revanche, s'agissant des amendements, il existe déjà un dispositif d'accord préalable plus pragmatique, qui répond pleinement à l'objectif.

*La Commission rejette ces amendements.*

*La Commission examine l'amendement AS280 du rapporteur.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** C'est l'amendement que j'ai annoncé plus tôt. La pertinence des soins doit être réalisée par une émulation entre les équipes médicales, dans la mesure où le directeur d'hôpital ne peut parvenir seul à ce résultat et où les équipes ne sauraient être contraintes. Il convient ainsi de prévoir des dispositifs incitatifs, et notamment de rendre accessibles des formations continues adaptées, en déléguant, pourquoi pas, du temps pour la formation par les pairs.

**M. Jean-Pierre Door.** Vous revenez sur le débat autour de notre amendement prévoyant l'implication des professionnels, que nous allons réécrire, mais le vôtre se contente de demander un rapport. Or nous n'avons pas besoin d'un rapport supplémentaire mais d'actions.

**M. Pierre Morange.** S'il est louable de proposer la rédaction d'un rapport sur la diffusion des actions relatives à la pertinence des soins, le véritable problème réside dans l'incapacité de l'État à diffuser de façon systématique les bonnes pratiques identifiées par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Or nous accusons un retard en la matière depuis plusieurs décennies. C'est pourquoi il me paraîtrait plus efficace de réformer les schémas opérationnels que d'introduire des procédures ne débouchant que sur des sanctions individuelles décidées par le directeur de l'ARS.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Nous ne proposons aucune sanction puisqu'il n'est nullement question ici du dispositif du contrat entre les établissements et les ARS.

Si nous proposons la publication d'un rapport, c'est pour deux raisons. D'une part, nous risquons de nous heurter à un problème d'irrecevabilité financière si nous proposons la création de nouveaux dispositifs. On peut d'ailleurs se féliciter que pour la première fois, la question de la pertinence des soins soit évoquée dans le cadre de l'examen d'un PLFSS. D'autre part, nous ne sommes pas mûrs pour prendre des décisions aujourd'hui. Car bien que le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), numéro d'identification du prescripteur institué à la ville comme à l'hôpital, soit censé permettre à l'assurance maladie d'identifier tout prescripteur auteur d'une ordonnance, dans la majorité des cas, celle-ci n'y parvient pas à l'hôpital, notamment parce que les internes n'ont pas de numéro RPPS. Ceux-ci ne souhaitent d'ailleurs pas en bénéficier car ils prescrivent des médicaments sous la responsabilité d'un senior. De plus, toutes les ordonnances ne portent pas encore de RPPS.

Il convient de créer de l'émulation, d'améliorer la formation continue et d'inciter les équipes hospitalières à travailler en ce sens – à partir des indicateurs non pas de l'ANAP mais de l'HAS. Pourquoi ne pas réfléchir à l'instauration d'une accréditation des équipes en fonction de critères pertinents ?

**M. Pierre Morange.** Nous comprenons que vous souhaitiez vous appuyer sur une logique incitative suffisamment souple pour pouvoir faire évoluer la culture de la prescription. Vos remarques, monsieur le rapporteur, ne font d'ailleurs que reprendre celles que la MECSS formule depuis une dizaine d'années. Il ne s'agit donc nullement de novations ni d'un sujet polémique.

*La commission adopte l'amendement.*

**Article 43 :** *Inscription de certains dispositifs médicaux sur la liste des produits et prestations remboursables par description générique renforcée*

*La Commission adopte l'article 43 sans modification.*

#### **Après l'article 43**

*La Commission examine, en discussion commune, les amendements identiques AS170 de M. Dominique Tian et AS222 de Mme Bérengère Poletti, et les amendements identiques AS172 de M. Dominique Tian et AS223 de Mme Bérengère Poletti.*

**M. Élie Aboud.** Cet amendement a trait aux référentiels applicables aux actes en série effectués en médecine ambulatoire, dans des centres de rééducation fonctionnelle (CRF) ou dans des centres de soins de suite et de rééducation (SSR). Aucun bilan de l'impact de ces référentiels n'a été produit à ce jour. En outre, le système n'est appliqué qu'au secteur libéral. Il convient donc de faire évoluer la situation.

**Mme Bérengère Poletti.** La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré des référentiels pour les actes de kinésithérapie afin de limiter le recours abusif aux actes en série dans ce domaine. Or, ce mécanisme d'entente préalable n'a été appliqué qu'au secteur libéral et non pas aux CRF ni aux SSR. De plus, il était prévu d'évaluer l'instauration de ce système de demandes d'entente préalable, ce qui n'a pas été effectué. Nous proposons donc de supprimer cette mesure.

**M. Gérard Bapt.** Tout d'abord, je suis surpris que vous vouliez supprimer une disposition adoptée en 2008. Ensuite, l'existence de ces référentiels constitue aujourd'hui une ardente obligation pour garantir la maîtrise médicalisée. Enfin, je ne vois pas en quoi cet article pourrait troubler l'activité des SSR puisque celle-ci est sous dotation globale et non soumise au régime de la T2A. Ces amendements de suppression ne me semblent donc pas opportuns d'autant que dans le système hospitalier, la maîtrise médicalisée des dépenses de kinésithérapie se pratique de manière beaucoup plus efficiente.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable. La disposition à laquelle vous faites référence s'applique à tous les acteurs de la santé. Or, sous prétexte qu'elle ne s'applique pas suffisamment à certains d'entre eux, vous proposez de la supprimer pour tout le monde.

C'est sur le fondement d'un référentiel élaboré par l'HAS que l'UNCAM peut décider de fixer le nombre d'actes réalisés en série au-delà duquel un accord préalable est nécessaire. Vous indiquez que depuis 2008, seize référentiels sont parus. J'ajoute que quatre autres sont en train d'être validés, ce qui signifie que le dispositif se développe. Il est vrai que la soumission à un accord préalable peut être mal perçue. Mais ce n'est pas la décision prise par l'UNCAM mais bien la décision ultérieure appliquée par les services de contrôle médical qui pose problème.

**Mme Bérengère Poletti.** Je reconnais que la suppression pure et simple de cette mesure est violente dans la mesure où la demande d'entente préalable peut permettre de

maîtriser les coûts. Mais à entendre la réponse du rapporteur, j'ai l'impression qu'il est disposé à donner un avis favorable à notre deuxième série d'amendements identiques.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Ils sont satisfaits puisqu'ils visent à introduire dans la loi des dispositions qui y figurent déjà.

**Mme Bérengère Poletti.** La mesure ne concernant actuellement que l'activité libérale ou celle du salarié qui accompagne l'activité libérale, et non pas les CRF ni les SSR, elle crée une distorsion de concurrence entre les professionnels. C'est pourquoi nous proposons de l'étendre à tous.

**M. Jean-Pierre Door.** Si, par exemple, l'HAS décide que la pose d'une prothèse de hanche peut donner droit à une dizaine de séances de rééducation chez un kinésithérapeute libéral, toute séance supplémentaire n'est plus prise en charge par l'assurance maladie, sauf si une nouvelle entente est accordée. Par contre, une personne peut sans problème rester trois semaines en service de soins dans un centre de rééducation. Il convient donc que les mêmes référentiels s'appliquent à la médecine ambulatoire et aux centres de soins.

**M. Gérard Bapt.** Monsieur Door, vous confondez la régulation du nombre d'actes et celle de la longueur d'un séjour en SSR. Or ces établissements ne sont pas soumis à la T2A.

**Mme Bérengère Poletti.** Dans une période budgétaire tendue, notre amendement constitue une mesure non seulement d'efficience des soins mais aussi d'économie, les abus existant aussi dans le secteur public. Maintenant que le régime de l'entente préalable est bien maîtrisé pour le secteur libéral, il est juste d'appliquer celui-ci à tout le monde, y compris aux CRF et aux SSR.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** L'article L. 162-1-7 en vigueur vise la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social. Or, les CRF et les SSR sont des établissements de santé. L'amendement de repli que vous proposez limitera au contraire le dispositif aux seuls établissements qui y sont cités.

**Mme Bérengère Poletti.** Le problème, c'est qu'actuellement, les CRF et les SSR ne sont pas soumis au régime des ententes préalables. Et si mon amendement est mal rédigé, je souhaiterais que le rapporteur exprime sa volonté d'appliquer la règle de manière équitable – auquel cas nous pourrions élaborer ensemble des mesures nous permettant d'assurer une équité de traitement entre tous les professionnels.

**M. Élie Aboud.** Nous sommes prêts à retirer nos amendements dès lors que le rapporteur et la ministre s'engageront en séance publique à faire appliquer la loi aussi bien au secteur public qu'au secteur privé.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je m'engage à interpellier le cabinet de la ministre pour que celle-ci nous fournisse en séance publique des explications quant à la manière dont la loi est aujourd'hui appliquée. En tout état de cause, si des mesures complémentaires devaient être adoptées, elles ne pourraient l'être que par voie réglementaire car la loi est très claire.

**M. Pierre Morange.** Historiquement, ces dispositifs d'évaluation, tant dans le secteur libéral qu'en établissement, visent à établir une comparaison en termes d'efficience de la prise en charge thérapeutique et en termes d'efficacité médico-économique. Notre rapporteur pourrait donc demander à la ministre de nous fournir dans l'hémicycle une

évaluation comparée de ces deux secteurs – l’objectif est la rationalisation des enveloppes budgétaires affectées à la prise en charge de la rééducation.

*Les amendements AS170, AS222, AS172 et AS223 sont retirés.*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** À la demande du groupe socialiste, républicain et citoyen, la séance est suspendue pour trente minutes.

*La séance, suspendue à onze heures dix, est reprise à onze heures quarante.*

**Article 44 :** *Mesure de sensibilisation à la prescription de produits de la liste en sus*

*La Commission examine les amendements identiques AS79 de M. Rémi Delatte et AS136 de M. Dominique Tian de suppression de l’article.*

**M. Rémi Delatte.** Si l’instauration du forfait à la charge des établissements de santé part d’une bonne intention, elle présente des effets délétères car tous les établissements ne sont pas logés à la même enseigne. Comme les molécules inscrites en sus concernent essentiellement les traitements liés aux cancers, les centres de lutte contre le cancer seront davantage pénalisés par la mesure. En effet, les praticiens y prescrivent au-delà de la moyenne de la liste en sus, sachant qu’il n’existe pas toujours de traitement alternatif. De plus, cette mesure revient à transférer la responsabilité de la délivrance de traitements coûteux et innovants des instances de gouvernance du système de santé vers les établissements de santé eux-mêmes.

**M. Élie Aboud.** Le corps médical s’étonne de cet article car, souvent, les médicaments sont utilisés au-delà des autorisations de mise en marché (AMM) sur le fondement d’une véritable approche thérapeutique. Or on se trouve aujourd’hui dans une logique purement comptable déconnectée du champ médical.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Il me semble tout de même que cette mesure est prise sur le constat d’utilisation hors AMM.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Certaines prescriptions se font hors AMM, dans le cadre d’une liste en sus, alors qu’il existe des alternatives thérapeutiques validées qui, elles, pourraient être prescrites intra-groupe homogène de séjour (GHS). Le dispositif proposé vise à majorer les tarifs des GHS tandis que le remboursement des médicaments liste en sus sera minoré en fonction des GHS et des médicaments considérés, sachant que si le mécanisme vise à inciter les hôpitaux à prescrire davantage dans le GHS et moins sur la liste en sus, le différentiel résultant de l’application de ce mécanisme ne pourra excéder 40 euros par prescription.

Ce dispositif ne va donc nullement remettre en cause la prescription de médicaments anti-cancéreux innovants. Pour un établissement situé dans la moyenne de prescription de médicaments inscrits sur la liste en sus, la mesure prévue est neutre d’un point de vue financier car l’augmentation du tarif des GHS permettra de compenser la baisse du remboursement du médicament sur liste en sus. En revanche, pour les établissements dans lesquels on peut constater un écart par rapport à la moyenne des prescriptions, lié notamment à des prescriptions hors AMM, la mesure exercera un effet de levier – mais de 40 euros seulement par prescription, sur des médicaments valant plusieurs milliers d’euros.

**M. Élie Aboud.** Dans de nombreux centres spécialisés, ces molécules sont utilisées au départ hors AMM puis très rapidement et très souvent, elles rentrent dans un cadre thérapeutique bien codifié. Il ne s’agit donc pas d’une pratique frauduleuse.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Personne ici n'a parlé de fraude. Il ne s'agit pas de restreindre la prescription pour les médicaments innovants mais d'inciter les hôpitaux à utiliser davantage les traitements du GHS lorsqu'ils sont disponibles, sur certaines gammes thérapeutiques et de façon très mesurée.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS66 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Nous proposons que le Gouvernement remette au Parlement un rapport permettant d'apprécier la performance de négociation du comité économique des produits de santé concernant la fixation des prix des produits de santé figurant dans la liste en sus et de ses voies d'amélioration possibles. Car s'il est vrai que la maîtrise des dépenses de la liste en sus est nécessaire, celle-ci est fondée sur une objectivation qualitative de la performance-achat-régulation du CEPS et des contrats de bon usage des médicaments. La rédaction de l'article 44 paraît assez complexe et peut-être contre-productive au regard d'un objectif partagé par tous.

**M. Gérard Bapt.** Votre amendement de rédaction globale de l'article 44 écraserait sa rédaction actuelle, sans répondre à l'objectif, recherché par le Gouvernement, de meilleure maîtrise du coût de l'utilisation de la liste en sus. Le rapport annuel rendu par le CEPS ne peut remplacer les mesures prévues à l'article 44. Et lorsque nous l'avons auditionné, M. Dominique Giorgi nous a expliqué comment le CEPS essayait de se maintenir dans les limites des objectifs de maîtrise de la dépense médicamenteuse fixés par le Gouvernement.

Plus largement, la gestion de la liste en sus concerne certes les établissements mais surtout le Conseil national de l'hospitalisation qui, lui, est compétent pour inscrire ou radier des spécialités figurant dans la liste en sus. Or celui-ci manque de réactivité à cet égard. J'ai d'ailleurs écrit à ce sujet il y a deux ans à la ministre, qui m'a répondu il y a un an. On considère que certaines spécialités, parce qu'elles n'ont pas été évaluées à l'époque par la commission de la transparence en termes d'amélioration du service médical rendu (ASMR), elles persistent toujours. Il convient de gérer de manière plus dynamique la question de la présence sur la liste en sus de certaines médications. Notre pays est celui qui, rapporté au nombre d'habitants, prescrit le plus de chimiothérapies en cancérologie. Ces chimiothérapies coûtent très cher et les médecins ont tendance à prescrire la dernière spécialité existante, c'est-à-dire aussi la plus coûteuse. Le professeur Vernant, qui a guidé les travaux du plan cancer, a souligné le double problème du coût et de la prescription de la chimiothérapie en cancérologie.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Nous continuerons de débattre en séance publique et dans le cadre d'autres textes de la question des médicaments figurant sur la liste en sus. Cela étant, dans la mesure où l'adoption de cet amendement de rédaction globale entraînerait la suppression du dispositif de l'article 44, je ne peux y être que défavorable pour les mêmes raisons que pour l'amendement de suppression que vous avez défendu tout à l'heure.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 44 sans modification.*

**Article 45 :** *Accès des entreprises de taxis au conventionnement assurance maladie pour le transport assis de patient*

*La Commission adopte l'article 45 sans modification.*



## **Après l'article 45**

*La Commission examine l'amendement AS180 de M. Dominique Tian.*

**M. Élie Aboud.** Il importe que les actions relatives à l'efficience de la prescription de transports en établissement de santé que matérialise le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) puissent impliquer tant les médecins libéraux que leurs confrères salariés.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable : il est difficile d'associer le médecin à ces actions sans compliquer le dispositif. Par ailleurs, je vous propose d'attendre la fin du mois de novembre, date à laquelle seront publiées les conclusions d'une mission d'information sur ce sujet.

*La Commission rejette l'amendement.*

**Article 46 :** *Duplication du dispositif de l'« écart médicament indemnisable » sur les produits de rétrocession*

*La Commission adopte l'article 46 sans modification.*

**Article 47 :** *Publication des tarifs de responsabilités des produits de santé de manière simultanée à leur inscription sur la liste « en sus »*

*La Commission adopte l'article 47 sans modification.*

**Article 48 :** *Création d'une dotation prudentielle sur le champ OQN*

*La Commission aborde les amendements identiques AS25 de M. Francis Vercamer et AS169 de M. Dominique Tian de suppression de l'article.*

**M. Francis Vercamer.** Cet article prévoit que le mécanisme de réserve prudentielle s'appliquant au financement des établissements de santé – qui est fondé sur un gel prudentiel des tarifs des actes de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et des dépenses sous enveloppe fermée – s'applique également au secteur des établissements de santé privés à but lucratif et à but non lucratif conventionnés avec l'assurance maladie ayant une activité en soins de suite et réadaptation (SSR) ou psychiatrie, en relevant de l'objectif quantifié national. L'article vise également à inclure pleinement les hôpitaux du service de santé des armées dans le régime de régulation introduit dès 2013 pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

Pour notre groupe, les structures juridiques s'effacent devant les obligations imposées dans l'intérêt des citoyens. La nature des structures privées et publiques ne doit pas être discriminante. En l'absence de convergence tarifaire, cette mesure ne se justifie pas. C'est pourquoi nous proposons de supprimer cet article.

**M. Élie Aboud.** Dans un souci d'équité et d'égalité, il est indispensable que toutes les structures précitées soient soumises au respect de l'ONDAM.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable. C'est précisément pour des raisons d'équité et d'égalité que nous proposons d'étendre le dispositif de la mise en réserve à tous les établissements, y compris ceux qui ne sont pas assujettis à la tarification à l'activité mais qui tirent leurs ressources de l'assurance-maladie.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS89 de M. Jean-Pierre Door et AS148 de M. Dominique Tian.*

**M. Jean-Pierre Door.** L'article 48 ne s'applique pas aux établissements à but lucratif ou à but non lucratif conventionnés avec l'assurance maladie en activités de soins de suite ou en psychiatrie, relevant de l'objectif quantifié national (OQN). Or, les activités de soins de suite et de réadaptation ainsi que la psychiatrie augmentent en fonction de la délivrance d'autorisations nouvelles par les agences régionales de santé (ARS), et des besoins de santé de la population. Cela a d'ailleurs été identifié dans les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS).

La mise en réserve prudentielle doit tenir compte de l'augmentation de ces différents services et contribuer au suivi de l'activité SRR et psychiatrie en toute objectivité.

**M. Élie Aboud.** L'amendement AS148 est défendu.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je vous propose de conserver un système simple et opérationnel. Car si l'on adoptait votre amendement, il faudrait arrêter totalement les comptes au 31 décembre de chaque année pour pouvoir tenir compte exclusivement et globalement des soins dispensés au cours de l'année précédente. On ne pourra disposer en tout début d'année d'une vision exhaustive de toutes les charges de tous les établissements relevant de l'OQN au titre de la fin de l'année précédente. Avis défavorable.

**M. Jean-Pierre Door.** Pourquoi mettre à l'écart ces établissements de SSR et de psychiatrie ? Certains besoins étant parfois identifiés dans les SROS, si on ne sert pas de cette mise en réserve prudentielle, l'enveloppe sera trop rigide.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Je maintiens mon avis défavorable à ces amendements.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle est saisie des amendements identiques AS65 de M. Jean-Pierre Door et AS147 de M. Dominique Tian.*

**M. Jean-Pierre Door.** L'amendement AS65 est défendu.

**M. Élie Aboud.** L'amendement AS147 l'est également.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 48 sans modification.*

#### **Après l'article 48**

*La Commission examine l'amendement AS126 de M. Dominique Tian.*

**M. Élie Aboud.** Le rapport de la MECSS sur le fonctionnement de l'hôpital d'avril 2010 a montré qu'il existait des marges d'efficience à l'hôpital, en particulier en matière de gestion des capacités d'accueil, de politique d'achats, de mutualisation ou d'externalisation de certaines fonctions supports, et de circuits de facturation.

Il est urgent de mettre en œuvre ces recommandations dans le souci d'améliorer l'efficience des établissements tout en améliorant la qualité.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable. Cet amendement est satisfait car le code de la santé publique comporte d'ores et déjà un article L. 6114-3 selon lequel : « Les contrats des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion. »

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle est saisie des amendements identiques AS67 de M. Jean-Pierre Door, et AS149 de M. Dominique Tian.*

**M. Jean-Pierre Door.** La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 avait reporté de 2016 à 2018 la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, modifiant l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Ce report nous paraît incompréhensible, et nous proposons que tous les établissements de santé bénéficient de la mise en œuvre de la FIDES dès 2016.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable. Le dispositif de tarification au fil de l'eau voté en 2004 est appliqué avec succès pour ce qui concerne les consultations et les actes externes, mais il pose de telles difficultés pour les séjours hospitaliers que son application est repoussée de façon incessante, quelle que soit la majorité en place.

Concrètement, à l'hôpital, ce dispositif obligerait les médecins à clôturer quotidiennement les dossiers de sortie des patients en fin de séjour. Est-il raisonnable de leur demander de rédiger tous les jours les résumés d'unité médicale (RUM) d'hospitalisation et de les transmettre au département d'informatique médicale (DIM) qui les valide et les transfère à l'assurance maladie ? À titre personnel, je ne suis pas certain qu'il soit très judicieux d'imposer à ces médecins de consacrer quinze ou même soixante minutes afin de coder les actes qu'ils ont effectués le jour même. Combien de personnels administratifs faudrait-il recruter dans les hôpitaux pour mettre en place la FIDES ?

Si je m'en fiais à mon seul jugement, je m'orienterais vers la suppression d'un dispositif qui est à ce point inapplicable... qu'il n'a donné lieu à aucune expérimentation depuis dix ans.

**M. Jean-Pierre Door.** Nous demandons seulement qu'une expérimentation soit engagée. Dans leur clinique ou leur cabinet, les praticiens du privé font déjà des efforts pour décrire leur activité. Pourquoi pas ceux du secteur public ?

La FIDES constitue un outil de transparence non seulement pour les modalités de financement des établissements de santé, car elle permet à l'assurance maladie d'être plus efficace dans la réalisation de ses contrôles, mais aussi pour la mise en œuvre de parcours de soins en permettant la traçabilité de la prise en charge.

L'absence de système d'information efficace a justifié les reports successifs que vous évoquiez, mais la question se règle aujourd'hui progressivement. Tentons des expérimentations dont nous tirerons les leçons, dans un sens ou un autre !

**M. Jean-Pierre Barbier.** Lorsque le tiers payant est généralisé, les praticiens de médecine libérale se retrouvent dans l'obligation de gérer des données et des informations qu'ils ne manipulaient pas auparavant. Monsieur le rapporteur, vous semblez beaucoup moins embarrassé pour imposer de nouvelles obligations au secteur libéral que lorsqu'il s'agit du secteur public.

Certes, la mise en place de la FIDES serait contraignante pour les praticiens hospitaliers, mais le dispositif est nécessaire pour assurer la transparence afin de mettre en place une politique de pertinence des soins. Comment y parvenir sans codification des actes au fil de l'eau ?

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Un effort de simplification globale est en cours. Je ne suis pas convaincu que les avantages qu'apporterait la FIDES seraient supérieurs aux inconvénients liés à ce dispositif. Aujourd'hui, les praticiens hospitaliers établissent déjà des

comptes rendus mensuels, ce qui est assez compliqué : pourquoi introduire de nouvelles normes rigides et inapplicables en l'état ?

Vous ne pouvez pas en même temps parler de la réduction des coûts à l'hôpital et vouloir appliquer une mesure dont les simulations montrent qu'elle exigerait, dans les gros établissements, jusqu'à vingt, trente ou quarante équivalents temps pleins !

Dans le privé, la tarification se fait à l'acte que le praticien cote nécessairement pour être payé. La situation est donc totalement différente.

Plus je réfléchis, moins je vois ce que nous gagnerions à mettre en place ce dispositif au regard des contraintes qu'il imposerait.

**M. Jean-Pierre Barbier.** À vous entendre, il semble que les praticiens hospitaliers consacrent les derniers jours de chaque mois à la codification. Pourquoi cette solution est-elle préférable à un travail quotidien ? Une partie de l'information n'est-elle pas perdue après plusieurs semaines ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je rappelle que certains hôpitaux ont dû faire appel à des sociétés privées pour coder les actes médicaux. Les données de santé se sont alors trouvées entre les mains de ces entreprises, ce qui pose problème.

L'hôpital remplit des missions d'intérêt général, ce qui n'est pas toujours le cas des établissements privés. Il accueille tous ceux qui se présentent, qu'ils soient ou non détenteurs d'une carte Vitale ; c'est sa mission. Ce qui relève des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) n'est pas soumis à la tarification à l'acte. Il est en conséquence difficile de calquer un dispositif d'un secteur à l'autre.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Monsieur Barbier, gérer tous les jours une tâche administrative et un système informatique alors que le travail peut être concentré une fois dans le mois constitue indéniablement une perte de temps. Vous êtes le premier à parler du temps médical : pourquoi ajouter une contrainte inutile ?

*La Commission rejette les amendements.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite l'amendement AS68 de M. Jean-Pierre Door.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS274 du rapporteur.*

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Il ne sera pas possible d'améliorer l'efficacité du système hospitalier établissement par établissement. Certains ont du mal à recruter des médecins, d'autres se trouvent sur le même territoire sans partager aucun projet médical ; ces questions doivent être résolues pour assurer l'efficacité et la sécurité des soins ainsi que l'efficacité du système.

Pour offrir à nos concitoyens une offre de soins coordonnée, non redondante et de qualité, il est proposé d'expérimenter une nouvelle organisation, le groupement hospitalier de territoire (GHT), permettant d'optimiser la prise en charge des patients sur la base d'un projet médical partagé mettant l'accent sur la notion de filières graduées de soins, complétées d'un volet sur le recours, et d'un volet proximité, également fondé sur une mutualisation des fonctions supports et même de la gouvernance de la structure.

L'hôpital ne peut plus être considéré isolément sur un territoire, et il faudra aussi réfléchir à l'intégration globale de l'offre de soins hospitalière, qu'elle soit privée ou publique.

Le projet de loi relatif à la santé présenté ce matin en conseil des ministres comporte un volet consacré au GHT, mais il me paraissait utile d'entamer le débat dans un texte budgétaire.

**M. Élie Aboud.** Sur le fond, nous ne pouvons qu'être d'accord avec le rapporteur. Je relève toutefois que le champ couvert par ces groupements relève de la mission des agences régionales de santé (ARS). Je note aussi qu'un outil manque cruellement dans le dispositif proposé : la télésanté. La loi dite « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) de 2009 a inscrit la télémedecine dans le marbre. Même si cette dernière fait encore trop souvent figure de gadget, elle est déjà une réalité. Elle devrait être au cœur de nos débats.

**Mme Sylviane Bulteau.** Nous devons veiller à la façon dont ces groupements seront dirigés. Pour ne pas déstabiliser les équipes soignantes et administratives, il faut éviter la nomination d'un directeur unique.

**M. Michel Issindou.** Je soutiens l'amendement du rapporteur. Il est assez surprenant de constater que le phénomène rationnel de regroupement qui a cours pour les universités ou les communes n'a pas encore touché l'hôpital.

**M. Élie Aboud.** Les corps paramédicaux opposent une résistance syndicale qui explique le retard de la mutualisation sur le terrain. La gouvernance commune constitue bien un objectif, mais il faut qu'elle dispose des moyens d'imposer les soins partagés à tout le champ médical.

**Mme Martine Pinville.** Dans nos territoires, nous pouvons parfois avoir le sentiment que les établissements ou que les politiques se juxtaposent. Ce n'est pas efficace. La mutualisation permettra d'améliorer l'accès aux soins, et la médecine de ville doit jouer son rôle en la matière.

**Mme Bérengère Poletti.** Dans ma circonscription, un groupement de coopération sanitaire (GCS) est en place depuis près de dix ans. Les résultats ne correspondent pas à l'idéal qui est décrit, notamment en raison d'une certaine concurrence entre les établissements et entre les élus qui se disputent l'implantation de tel ou tel service. L'accès aux soins peut pâtir de cette organisation car les populations sont parfois obligées de parcourir des distances plus importantes. La mesure proposée par le rapporteur est intéressante ; elle n'est pas miraculeuse.

**M. Francis Vercamer.** Je reste perplexe. La mutualisation peut constituer un outil si elle accompagne une réforme globale, demandée par la Cour des comptes, de la carte hospitalière des établissements publics, privés et militaires. L'exposé sommaire de l'amendement laisse présager qu'une telle réforme sera de mise en annonçant qu'il s'agit « d'amorcer la recomposition du tissu hospitalier », mais le dispositif de l'amendement n'en fait pas état.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Madame Poletti, en matière de réforme territoriale, nous n'avons pas renoncé à la métropole parce que la logique communautaire – syndicat intercommunal ou communauté de communes – n'a pas été suffisamment efficace. Nous pouvons aller vers la coopération de façon concertée sans adopter un modèle tyrannique.

Plutôt que d'imposer une restructuration comme le font les ARS, il faut permettre aux hôpitaux de partager un projet médical et leur donner les outils de mutualisation pour répondre, au cas par cas, à l'injonction paradoxale des pouvoirs publics exigeant qu'ils garantissent à la fois la proximité mais aussi la sécurité et la qualité des soins tout en respectant des critères d'efficience.

**M. Jean-Pierre Door.** La loi HPST a créé, en 2009, les communautés hospitalières de territoire (CHT) et les groupements de coopération sanitaire. Les CHT et les GCS ont-ils été évalués ?

**M. Jean-Pierre Barbier.** Cet amendement nous permet de débattre mais il demeure insuffisant car il n'aborde pas la question essentielle du tissu hospitalier de notre pays.

Aujourd'hui, les ARS adaptent les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) et prennent seules des décisions en matière d'activité et de coordination sans en référer aux politiques et aux partenaires. Les hôpitaux de proximité risquent de disparaître s'ils ne se consacrent qu'à la médecine ambulatoire : il faut rester prudent et raisonner globalement.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je rappelle que M. le rapporteur ne propose qu'une expérimentation.

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Il s'agit en effet une expérimentation qui a vocation à être généralisée. L'article 40 de la Constitution nous empêche de proposer des mesures plus radicales.

Les acteurs de terrain auront la liberté de s'engager dans un dispositif de mutualisation et de partage de projets. Je suis en tout état de cause satisfait que nous ayons pu engager le débat.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle examine, en discussion commune, les amendements AS10 de M. Jean-Pierre Door, et AS42 de M. Francis Vercamer.*

**M. Jean-Pierre Door.** La mise en place de la convergence tarifaire, qui visait à réduire l'écart entre les tarifs du public et du privé, à un rythme qui devait permettre à tous les acteurs de santé de s'adapter et d'améliorer l'organisation, constituait un élément indispensable de la réforme du système de santé voulue par la majorité précédente. En 2009, l'Allemagne est parvenu au terme d'un processus de même nature.

Vous avez malheureusement décidé de mettre fin à ce dispositif dès que vous êtes arrivés aux affaires. Nous souhaitons que le processus de convergence reprenne. Sur ce sujet, il est clair que les divergences sont grandes entre opposition et majorité.

**M. Arnaud Richard.** L'amendement AS42 vise également à rétablir le processus de convergence tarifaire. Notre groupe considère que les structures juridiques doivent s'effacer devant les obligations mises en place dans l'intérêt de nos compatriotes, et que leur nature ne doit pas être discriminante. L'harmonisation est difficile dans la limite des écarts justifiés par les différences liées à la nature des charges des établissements, aux âges des patients, à la lourdeur des soins, à la mission d'intérêt général, d'enseignement ou de recherche, ou aux périmètres différents qui résultent de la réglementation. Le gisement d'économies est cependant considérable. Comment passer outre l'analyse de la Cour des comptes qui estime que nous pourrions économiser 7 milliards d'euros sur l'assurance maladie ?

**M. Olivier Véran, rapporteur.** Avis défavorable. Le sujet de la convergence revient année après année, et nous connaissons nos arguments respectifs.

**M. Jean-Pierre Barbier.** En fixant un ONDAM hospitalier pour 2015 inférieur à celui prévu pour la médecine de ville, on voudrait nous faire croire que l'on demande plus d'effort à l'hôpital qu'à cette dernière. Or c'est totalement faux. La médecine de ville assume ainsi la totalité de la charge des soins liés à l'hépatite C qui était auparavant dans l'enveloppe hospitalière. Nous comprenons bien que l'hôpital remplit des missions particulières de service

public, mais elles pourraient être financées de façon spécifique. Pour la majeure partie des actes, la convergence tarifaire, ne serait pas choquante. Sortons des débats idéologiques !

Le récent rapport de la Cour des comptes sur la dette des établissements publics de santé nous a montré qu'il fallait renforcer les contrôles en matière d'investissement mais la question des dépenses de fonctionnement n'est pas posée. Nous ne pouvons pas faire l'impasse sur ce débat.

**M. Gérard Bapt.** Monsieur Barbier, votre majorité pratiquait la convergence tarifaire mais, comme le montre le rapport de la Cour des comptes que vous avez cité, cela ne l'a pas empêché de laisser filer la dette de l'hôpital. La convergence n'est certainement pas le *Deus ex machina* de la bonne gestion hospitalière !

Cet été, un rapport largement médiatisé de l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) tendait à montrer que les cliniques étaient moins chères que l'hôpital public. Il fallait regarder le détail pour lire que cela ne s'appliquait qu'aux deux tiers des actes et prendre en compte de multiples différences comme les types de pathologie.

Cessez de faire de la convergence tarifaire un totem !

**M. Jean-Pierre Door et M. Jean-Pierre Barbier.** Vous avez vos propres totems !

**M. Francis Vercamer.** Monsieur Bapt, il ne s'agit pas de totem mais de justice. Le déséquilibre financier est une réalité puisque les hôpitaux publics, à la différence des établissements privés, bénéficient de dotations supplémentaires au titre des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC).

**M. Jean-Pierre Door.** La convergence tarifaire, telle que nous la concevons, doit se réaliser de manière progressive et porter sur des actes semblables. Elle n'a pas vocation à s'appliquer dans tous les cas. On sait que les MIGAC viennent déjà soutenir financièrement les hôpitaux publics pour les actes difficiles ou complexes.

Quoi que vous en pensiez, nous continuerons d'agiter le totem de la convergence tarifaire et, lorsque nous reviendrons au pouvoir en 2017, celle-ci sera de nouveau d'actualité.

**M. le rapporteur.** Mme Bachelot était si convaincue de la pertinence de la convergence tarifaire qu'elle l'a repoussée de quatre ans... Vous connaissez parfaitement les limites de cet outil.

J'aimerais que vous teniez le même discours dans vos circonscriptions et en commission sur le financement des hôpitaux. Vous ne pouvez pas ici tirer à boulets rouges sur ces établissements qui gaspillent l'argent public et de retour dans vos territoires les soutenir et critiquer les décisions des ARS.

Soyez cohérents, que vous soyez dans la majorité ou l'opposition, à Paris ou dans votre région !

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Ce syndrome d'incohérence peut toucher tout le monde...

**M. Jean-Pierre Barbier.** Essayons de dépassionner ce débat. Sans stigmatiser l'hôpital, nous plaçons pour une convergence tarifaire partielle qui apportera les économies nécessaires à la résorption du déficit de la sécurité sociale.

**M. Élie Aboud.** Je regrette que le rapporteur ait choisi d'exacerber les clivages sur un sujet qui ne s'y prête pas. Le fait de défendre les établissements privés ne revient pas à attaquer les établissements publics.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette les amendements AS110 et AS42.*

*La Commission examine l'amendement AS74 de M. Gilles Lurton.*

**M. Gilles Lurton.** Cet amendement vise à revenir sur l'abrogation par le Gouvernement de la journée de carence dans la fonction publique hospitalière et territoriale. Il propose d'instaurer trois jours de carence pour les agents en arrêt maladie.

**M. le rapporteur.** Voilà un autre marronnier du PLFSS, également étudié dans le cadre de la proposition de loi de Mme Poletti... Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS76 de M. Rémi Delatte et AS176 de M. Dominique Tian.*

**M. Rémi Delatte.** La diversité des structures est un atout de notre système de santé à condition de garantir un cadre juridique homogène et de préserver l'équité.

Cet amendement demande au Gouvernement un rapport sur les conséquences de la suppression, par l'article 17 de la loi de finances rectificative pour 2014, de l'exonération du versement transport pour les fondations et associations à but non lucratif exerçant des activités sanitaires, sociales et médico-sociales.

**M. le rapporteur.** Le devenir des rapports demandés par le Parlement est une question légitime.

L'article 17 auquel vous faites référence n'a pas modifié l'état du droit pour les organismes à but non lucratif. Mais ces derniers ont soulevé des difficultés qui font l'objet d'une mission conjointe de l'IGAS et du Conseil général de l'environnement et du développement durable dont les conclusions sont attendues pour fin novembre. Nous pourrions donc en tirer les conséquences dans le prochain PLFRSS s'il y a lieu.

**M. Rémi Delatte.** Compte tenu de ces explications, je retire l'amendement.

*Les amendements sont retirés.*

*La Commission examine l'amendement AS181 de M. Dominique Tian.*

**M. Élie Aboud.** Cet amendement sollicite un rapport sur les bases de calcul de la participation des patients dans les établissements de santé dans lequel les différences de traitement entre patients seront évaluées.

**M. le rapporteur.** On peut s'interroger sur les vertus modératrices du ticket modérateur dans les hôpitaux. Il faudrait sans doute modifier cette appellation honteuse et mensongère.

Par ailleurs, les interrogations que vous relayez ont été pleinement entendues : un groupe de travail a été mis en place pour approfondir les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie tandis qu'une mission de l'IGAS est sur le point d'être lancée sur ce sujet. En conséquence, je vous propose de retirer votre amendement.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Nous sommes friands des demandes de rapports dont, pourtant, nous ignorons le plus souvent s'ils ont été remis et pris en compte.

Vous savez tous ce que Clemenceau disait : « Un problème : une commission ; une commission : un rapport ; un rapport : un tiroir ». Il ne faudrait pas que le PLFSS devienne une fabrique à rapports voués à finir dans des tiroirs.



**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Nous recevons de très nombreux rapports chaque année – du Comité économique des produits de santé (CEPS), sur les franchises médicales, sur les MIGAC. Je serai à l’avenir plus vigilante pour que les membres de la commission en soient destinataires.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Il serait utile de nous transmettre une liste des rapports publiés.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je prends note de votre excellente suggestion.

**M. le rapporteur.** La question soulevée par l’amendement devra être tranchée avant le 31 décembre 2015. Rassurez-vous, il ne sera pas possible de reculer sur cette question.

*La Commission rejette l’amendement.*

*La Commission est saisie de l’amendement AS131 de M. Dominique Tian.*

**M. Élie Aboud.** Cet amendement prévoit un rapport sur l’efficacité de la réorganisation de l’offre de soins, en particulier pour le développement de la chirurgie ambulatoire.

*Suivant l’avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l’amendement.*

*La Commission examine l’amendement AS130 de M. Dominique Tian.*

**M. Élie Aboud.** L’amendement propose également un rapport sur l’évolution des effectifs dans les établissements hospitaliers au regard de l’évolution démographique.

*Suivant l’avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l’amendement.*

## CHAPITRE VI

### Amélioration de l’efficacité de la dépense des établissements de santé

**Article 49 :** *Renforcement du pilotage de la dépense d’assurance maladie relative aux soins urgents*

*La Commission adopte l’article 49 sans modification.*

#### Après l’article 49

*La Commission examine les amendements AS174 et AS173 de M. Dominique Tian pouvant faire l’objet d’une présentation commune.*

**M. Élie Aboud.** Ces amendements se rapportent à un débat passionnant et passionné qui mériterait que du temps lui soit consacré.

Toute mesure, aussi juste et généreuse soit-elle, se doit d’être équitable. Or, mon expérience de terrain me fait dire que l’aide médicale d’État (AME) envoie des signaux mal perçus par nos concitoyens. On leur laisse croire que la situation irrégulière de certaines personnes leur donne droit à tout.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Nous sommes tous, en tant que parlementaires, au contact de la population et de sa diversité dans nos territoires. Je peux vous assurer que les Français que je rencontre ne m’interpellent pas sur l’AME ; ils me parlent de travail, de logement, de garde d’enfants.

**M. Élie Aboud.** Je ne prétends pas que ce sujet est la première préoccupation des citoyens. Je ne fais que souligner qu’il suscite de l’incompréhension de leur part et qu’il est vécu comme une injustice.

**M. Christophe Sirugue.** Vous ne pouvez pas faire un couplet sur les rapports et dans le même temps passer sous silence ceux qui existent. En l'occurrence, M. Goasguen et moi-même avons remis un rapport sur l'aide médicale d'État dont l'une des conclusions communes est que les commentaires sur l'AME sont inexacts. Je vous engage à le lire.

Malgré cela, deux rapporteurs vont de nouveau être désignés pour recommencer un travail sur l'AME...

**M. Jean-Pierre Barbier.** Vos propos confirment la nécessité de porter à la connaissance de la commission l'ensemble des rapports publiés dans son champ de compétences.

Il ne s'agit pas de remettre en cause la prise en charge des patients en cas d'urgence. En revanche, on peut s'interroger sur certains actes pratiqués.

Vous affirmez que les gens ne nous interpellent pas sur ce sujet, j'en conviens. Mais, en tant que professionnel de santé, je vous assure que les patients qui paient une franchise pour leur boîte de médicaments sont choqués que d'autres, en situation irrégulière de surcroît, n'aient pas à le faire. Sans porter de jugement, il ne faut pas nier cette réalité.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** L'AME relève du budget de l'État et non de la sécurité sociale.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Dans ce cas, vous auriez dû refuser les amendements. On sait que l'immigration est aujourd'hui dictée par la recherche d'un guichet social...

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Nous n'allons pas poursuivre ce débat. Vous aurez tout loisir d'aborder cette question qui ne relève pas du budget de la sécurité sociale à l'occasion de la discussion de la ligne budgétaire consacrée à l'AME.

**M. le rapporteur.** Les bénéficiaires de l'AME sont soumis aux mêmes conditions de ressources que les bénéficiaires de la CMUc. Votre amendement créerait une distorsion à ressources identiques. Avis défavorable.

*La Commission rejette ces amendements.*

## Chapitre VII Autres mesures

**Article 50 :** *Réparation par l'ONIAM des dommages imputables aux seuls actes de soins à finalité préventive, diagnostique, thérapeutique ou reconstructive*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS95 de M. Rémi Delatte et AS163 de M. Dominique Tian.*

**M. Rémi Delatte.** L'article 50 remet gravement en cause le principe de la solidarité nationale qui fonde notre système de protection sociale. On ne peut pas accepter que la réparation des préjudices en cas d'accident médical pour des actes de chirurgie esthétique soit exclue de l'indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM).

**M. Élie Aboud.** La suppression de l'indemnisation par l'ONIAM en matière de chirurgie esthétique adresse un mauvais signal. Nous ne parlons pas seulement de corriger des défauts inesthétiques mais aussi de réparer les dégâts causés par un accident par exemple.

**M. le rapporteur.** Avis défavorable. La Cour de cassation a donné une interprétation qui ne correspond pas à l'intention du législateur à laquelle l'article 50 entend revenir.

Les patients ou les ayants droit victimes d'un préjudice disposent toujours de voies de droit pour demander réparation. En outre, la chirurgie réparatrice n'est pas visée par cet article, contrairement à la chirurgie esthétique, qui n'est pas considérée comme un acte de soins et ne donne pas lieu à remboursement par l'assurance maladie. Vous faites la même erreur d'interprétation que la Cour de cassation. Enfin, le dommage doit être supérieur à 25 % pour bénéficier d'une indemnisation par le fonds ONIAM, ce qui est rarement le cas en matière de chirurgie esthétique.

**M. Élie Aboud.** Je suis convaincu par votre réponse. Je retire l'amendement.

*Les amendements sont retirés.*

*La Commission adopte l'article 50 sans modification.*

*La séance est levée à douze heures cinquante-cinq.*



## Présences en réunion

### Réunion du mercredi 15 octobre 2014 à 9 heures 30

*Présents.* – M. Élie Aboud, M. Bernard Accoyer, M. Joël Aviragnet, M. Pierre Aylagas, M. Gérard Bapt, M. Jean-Pierre Barbier, Mme Véronique Besse, Mme Gisèle Biémouret, Mme Kheira Bouziane, Mme Valérie Boyer, Mme Sylviane Bulteau, Mme Marie-Arlette Carlotti, Mme Martine Carrillon-Couvreur, M. Christophe Cavard, M. Gérard Cherpion, M. Stéphane Claireaux, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Philip Cordery, M. Jean-Louis Costes, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, M. Jean-Pierre Door, M. Dominique Dord, Mme Françoise Dumas, M. Richard Ferrand, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Hélène Geoffroy, M. Jean-Patrick Gille, M. Henri Guaino, Mme Joëlle Huillier, Mme Sandrine Hurel, M. Christian Hutin, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Bernadette Laclais, Mme Conchita Lacuey, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Céleste Lett, M. Michel Liebgott, Mme Gabrielle Louis-Carabin, M. Gilles Lurton, M. Pierre Morange, Mme Dominique Orliac, Mme Luce Pane, M. Bernard Perrut, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Louis Roumegas, M. Fernand Siré, M. Christophe Sirugue, M. Dominique Tian, M. Jean-Louis Touraine, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer, M. Jean-Sébastien Vialatte

*Excusés.* – M. Ibrahim Aboubacar, M. Jean Leonetti, Mme Geneviève Levy, M. Laurent Marcangeli, Mme Véronique Massonneau, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Monique Orphé, M. Jonas Tahuaitu, M. Jean Jacques Vlody

*Assistait également à la réunion.* – M. Michel Ménard