

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 des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (*n° 3106*) (*M. Gérard Bapt, Mmes Michèle Delaunay, Joëlle Huillier, MM. Michel Issindou, Denis Jacquat et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs*) ..... 2
- Présences en réunion ..... 56

Mardi

13 octobre 2015

Séance de 21 heures 30

Compte rendu n° 04

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

**Présidence de  
Mme Catherine  
Lemorton,  
Présidente**



## COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

**Mardi 13 octobre 2015**

*La séance est ouverte à vingt-et-une heures trente-cinq.*

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

*La Commission poursuit l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (n° 3106) (M. Gérard Bapt, Mmes Michèle Delaunay, Joëlle Huillier, MM. Michel Issindou, Denis Jacquat et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs).*

### TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

**Article 35 :** *Prise en compte de certaines périodes de chômage des marins au titre de l'assurance-vieillesse*

*La Commission adopte l'article 35 sans modification.*

#### **Après l'article 35**

*La Commission examine l'amendement AS8 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Denis Jacquat.** Dans un contexte de forte dégradation des comptes des régimes de retraite complémentaire, d'incertitudes sur la situation financière de l'ensemble des régimes à horizon 2020 et de gel des prestations, il apparaît important de relancer le chantier de la convergence entre les retraites du public et du privé, dans une recherche tant d'équité que d'apaisement.

En effet, certaines règles apparaissent bien plus favorables dans le public — notamment le calcul de la retraite sur les six derniers mois ou la possibilité de départs anticipés pour les catégories actives de la fonction publique — quand d'autres mesures sont plus complexes à appréhender, telle la réversion, avec un système de trimestres pour enfants plus avantageux dans le privé, alors que des surbonus s'appliquent plus largement dans le public.

Alors que les retraites du public sont financées sur le budget de l'État – 6,5 milliards d'euros sont prévus en projet de loi de finances (PLF) pour 2015 –, il convient de mettre à plat l'ensemble de notre système et de renforcer la cohésion nationale en définissant des règles équitables, transposables dans tous les régimes.

En effet, il ne faut pas oublier que, si le Gouvernement se vante de présenter, grâce à sa réforme de 2013, une branche vieillesse « sur le chemin du retour à l'équilibre » – après un déficit estimé de moins 0,6 % en 2015, elle devrait être excédentaire en 2016 –, il omet de mentionner la situation du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont le déficit ne cesse de se creuser : 3,8 milliards d'euros en 2015 et 3,7 milliards d'euros en 2016.

Enfin, comme l'explique très bien la Commission des comptes de la Sécurité sociale, la meilleure situation de la branche vieillesse est liée à de moindres départs à la retraite, en

raison du relèvement de l'âge légal de départ à la retraite de soixante à soixante-deux ans, issu de la réforme portée par la précédente majorité, en 2011.

**M. Michel Issindou, rapporteur pour l'assurance vieillesse.** L'objet du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) n'est pas de réformer aussi profondément les retraites. Je rappelle amicalement à Denis Jacquat qu'il a eu deux ou trois occasions, par le passé, de mener la réforme qu'il appelle de ses vœux, mais qu'il s'en est bien gardé. Celle de 2008, certes passée un peu inaperçue, a sensiblement modifié les régimes spéciaux pour les amener progressivement vers les règles du régime général.

Cette réforme est donc faite. Le dernier rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR) indique que, pour la génération de 1946, le taux de remplacement médian à l'issue d'une carrière complète est de 73,9 % du dernier salaire dans le secteur public et de 75,2 % dans le secteur privé. Vous ne cessez de répandre le bruit qu'il existe une inégalité entre les deux régimes, alors qu'il s'agit de deux systèmes différents et que les six derniers mois de l'un, sans les primes, produisent à peu près les mêmes résultats que les vingt-cinq meilleures années de l'autre, avec les primes. Vous connaissez tous des retraités des deux régimes et vous savez qu'ils bénéficient de retraites comparables, assises sur des modes de calcul différents.

En ce qui concerne les régimes spéciaux, les règles de départ anticipé donnent des retraites très dégradées. Certes, les conducteurs de TGV peuvent encore partir à cinquante-deux ans, mais c'est avec une retraite extrêmement diminuée, calculée au prorata du nombre d'annuités nécessaires. Leur âge de départ à la retraite ne cesse d'ailleurs de reculer : il est aujourd'hui de cinquante-quatre ans et demi.

J'apprécierais que le Gouvernement nous remette le rapport promis au sujet de la réversion, car il existe des disparités : 50 % pour les fonctionnaires, 54 % pour le régime général, 60 % dans les complémentaires. Toutes les veuves, tous les veufs doivent être traités de la même manière, quel que soit leur régime de base. En 2008, Xavier Bertrand avait d'ailleurs proposé une réforme, qui n'est pas passée par la voie législative, mais a donné lieu à de nombreux décrets. L'harmonisation, de fait, est en marche.

Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

**Article 36 :** *Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2016*

*La Commission adopte l'article 36 sans modification.*

**Après l'article 36**

*La Commission étudie l'amendement AS390 du rapporteur.*

**M. Michel Issindou, rapporteur.** La loi du 20 janvier 2014 a institué un calcul et une liquidation unique des pensions de retraite de base des régimes alignés pour les assurés polypensionnés, applicable à compter de 2017.

Le présent amendement clarifie le champ d'application de cette mesure en précisant qu'elle s'appliquera à compter de la génération née en 1953 : pour elle, les règles relatives au salaire annuel moyen ont été alignées dans les régimes concernés.

Par ailleurs, il précise que les pensions de réversion seront également calculées dans le cadre de la liquidation unique, dès lors que la retraite du conjoint décédé a été calculée selon les mêmes règles.

**M. Denis Jacquat.** Il est de notre devoir de reprendre ici certaines des revendications exprimées par la Fédération des associations de conjoints survivants et parents d'orphelins (FAVEC).

En ce qui concerne le plafond de cumul, j'ai défendu pendant des années la réversion pour les veuves qui n'avaient jamais travaillé. Or elles sont de plus en plus nombreuses à avoir travaillé et, lorsqu'elles sont confrontées à la règle du plafond de cumul, elles découvrent qu'elles ne peuvent percevoir plus de 1 500 euros. Il y a là une forte injustice, car, avec leur mari, elles ont travaillé et cotisé parfois pendant trente ou quarante ans ; elles sont souvent propriétaires de leur logement et rencontrent de graves difficultés financières.

En dépit de l'opposition de la commission des affaires sociales, la commission des finances a supprimé la demi-part fiscale. Nous nous étions battus pour une sortie en sifflet, ce qui a été fait, mais les veuves demandent que la demi-part soit rétablie, car cela concerne nombre de celles qui perçoivent une petite pension, et qui, au décès du conjoint, souffrent sur les plans moral et financier. Le Gouvernement entend-il, comme nous l'ont indiqué plusieurs collègues l'an dernier, rétablir cette demi-part qui concerne environ 3,6 millions de veuves et 400 000 veufs ?

Très souvent, les veuves ne supportent pas que l'on parle d'elles en utilisant l'expression « femmes isolées », ce qui semble les rapprocher des femmes divorcées. Or, dans le cas du divorce, le père et la mère des enfants existent toujours, des revenus – parfois importants — proviennent donc des deux côtés, tandis que les ressources de la veuve sont diminuées, surtout si elle est jeune.

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

*Elle se saisit ensuite de l'amendement AS391 du rapporteur.*

**M. Michel Issindou, rapporteur.** Dans le cadre de la réforme de 2014, il a été choisi de retenir 150 heures pour valider un trimestre en prévoyant la possibilité de reporter les trimestres excédentaires sur l'année suivante pour tous les travailleurs saisonniers, car les années sont plus ou moins bonnes. Les travaux techniques préparatoires à la mise en œuvre de la réforme ont cependant mis en lumière la complexité du système, puisqu'il fallait, pour chaque régime, pouvoir calculer et reporter les excédents. En outre, il comportait un effet pervers, en baissant le salaire annuel moyen (SAM). Dans le secteur privé, le calcul porte sur les vingt-cinq meilleures années. Or le report des excédents risque d'appauvrir une année qui peut avoir été très bonne.

À partir de 2017, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) étant le pivot du dispositif, la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI) seront rattachés et auront les mêmes règles de fonctionnement. Aussi, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017, toutes les périodes de travail effectuées par un saisonnier seront liquidées par le dernier régime ou le principal employeur.

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

*Puis elle examine les amendements AS97 et AS98 de M. Philip Cordery, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.*

**M. Philip Cordery.** Ces deux amendements de simplification concernent les Français résidant à l'étranger qui perçoivent une pension française et doivent produire, chaque année, un certificat de vie.

L'amendement AS97 concerne l'Union européenne, au sein de laquelle les échanges d'état civil sont désormais facilités, et propose que les intéressés puissent établir une déclaration sur l'honneur à l'instar des retraités demeurant sur le territoire national.

L'amendement AS98 propose que tous les Français ne résidant pas en France puissent adresser leurs déclarations par voie dématérialisée.

**M. Michel Issindou, rapporteur.** Cette démarche de simplification est bonne. Nous avons formulé cette demande à l'occasion de la réforme des retraites de 2014 et Pouria Amirshahi l'avait soutenue. Toutefois il faut s'assurer de la possibilité de sa mise en œuvre, et le Gouvernement a indiqué que la France espère pouvoir développer ces échanges avec onze pays, mais on ne peut pas forcer un autre État membre à échanger ses données d'état civil. Philip Cordery a raison de penser que la plupart des retraités résidant hors de France sont des gens honnêtes, mais, la fraude étant à peu près partout, nous souhaitons sécuriser le dispositif. Le Gouvernement demande encore un peu de temps pour l'adoption de la mesure.

En ce qui concerne la dématérialisation des documents, nous attendons, là aussi, le rapport du Gouvernement que nous avons demandé à l'occasion de la réforme des retraites et qui tarde à venir. À ce jour, le dispositif n'est pas assez fiable.

Je suggère donc d'interroger en séance le Gouvernement sur ces propositions qui posent encore des problèmes juridiques et techniques. Sous cette réserve, je demande le retrait des deux amendements.

**Philip Cordery.** Je comprends la prudence du rapporteur. Je retire les amendements pour les représenter en séance afin d'avoir un échange avec le Gouvernement.

**M. Denis Jacquat.** Je reprends ces deux amendements très intéressants. Je propose de rectifier l'amendement AS97 en prenant en compte les onze pays membres de l'Union européenne qui sont sûrs. Au sujet de l'amendement AS98, il me semble que nous avons adopté, il y a quelques années, une disposition prévoyant que, au lieu de se présenter dans les consulats pour prouver qu'ils sont toujours en vie, les Algériens résidant en Algérie et ayant travaillé dans notre pays pourraient procéder par courrier postal. Pourquoi ne pas procéder de même pour la dématérialisation ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Monsieur Jacquat, je vous suggère de retirer ces amendements, car, dans leur rédaction actuelle, ils ne font référence à aucun article du code de la sécurité sociale.

**M. Denis Jacquat.** J'ai repris ces deux amendements pour faire passer mon message. Je ne recherche aucune paternité, je donne des conseils et souhaite que les choses avancent.

*Les amendements sont retirés.*

*La Commission étudie l'amendement AS21 de M. Dominique Tian.*

**M. Gilles Lurton.** Les personnels des cultes, en général les prêtres et les religieuses, disposent d'une caisse de retraite particulière, la Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), créée en 1979. Les affiliés à cette caisse ont une carrière culturelle qui, très souvent, s'est déroulée avant 1979, et sont particulièrement pénalisés par le fait que les trimestres antérieurs à cette année, même s'ils sont validés, sont considérés par la caisse comme non cotisés. C'est pourquoi, cet amendement propose qu'un rapport analyse les dysfonctionnements de ce régime.

**Mme Sylviane Bulteau.** Avec Bernadette Laclais, nous avons auditionné les ministres du culte qui sont particulièrement mobilisés sur ce sujet. Contrairement à l'année dernière, il n'a pas été possible de retenir nos amendements. Je suis favorable à ce qu'un rapport établisse un bilan de la situation de la CAVIMAC et je voterai pour cet amendement.

**M. Denis Jacquat.** Les intéressés font souvent une double carrière.

**M. Michel Issindou, rapporteur.** C'est un sujet qui nous préoccupe depuis des années et que l'opposition d'aujourd'hui – majorité d'alors – n'a pas réglé. Depuis 2002, la branche vieillesse du régime de sécurité sociale des ministres des cultes a été intégrée financièrement au régime général de la sécurité sociale. Ses ressortissants cotisent sur la base du SMIC afin de bénéficier d'une retraite minimale. Avant 1979, les intéressés n'avaient pas de salaire déclaré : il était donc difficile, dans un système contributif, de calculer une cotisation, et il me semble que la CAVIMAC a été créée au mieux de leurs intérêts. Cependant, la règle est que, sans salaire déclaré et sans cotisations, il n'y a pas de retraite ; au-delà, c'est la solidarité nationale qui joue. Les membres du clergé ont souvent effectué une deuxième carrière après avoir quitté assez tôt la cléricature ; le moment venu, ils découvrent que leur première carrière n'est pas reconnue.

Si le montant de leur retraite principale ne dépasse pas 800 euros mensuels, ils ont la possibilité de percevoir l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Il n'est pas possible de se montrer plus généreux avec ceux-là qu'avec d'autres, par exemple les conjoints collaborateurs d'agriculteurs. Je ne pense pas que le sujet nécessite un rapport. Le Gouvernement, comme nous tous, connaît la situation. Je suis défavorable à cet amendement.

*La Commission adopte l'amendement.*

### **TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES**

**Article 37 :** *Fixation des montants des dépenses de transfert instituées par des dispositions légales à la charge de la branche AT-MP*

*La Commission est saisie de l'amendement AS226 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Cet amendement vise à rétablir la contribution des entreprises au financement des fonds de l'amiante qui a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, et supprimée en 2009. Cette contribution visait à prendre en compte la responsabilité des entreprises à l'origine des dépenses du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Il est proposé de la rétablir puisqu'elle avait été supprimée au motif que, depuis sa création, son rendement était peu

élevé. Elle doit être rétablie : de nombreux rapports parlementaires le préconisent et proposent de l'augmenter et de simplifier les modalités de son recouvrement.

Figurent dans liste des entreprises qui contribuent – ce qui ouvre droit au bénéfice de ce fonds – celles dont l'activité entraîne l'exposition des travailleurs impliqués dans le transport, la fabrication et la transformation de l'amiante. Cette liste doit être actualisée afin d'y intégrer les entreprises actives depuis de nombreuses années dans le domaine des services de diagnostic et de désamiantage.

**M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles.** Cet amendement – déjà discuté lors de l'examen du PLFSS pour 2013 – vise à rétablir la contribution à la charge des entreprises pour le financement du FCAATA.

À l'époque, Mme la ministre, Marisol Touraine, avait émis un avis défavorable à son sujet, estimant, à juste titre, qu'il n'était pas utile de revenir en arrière et de rétablir la contribution supprimée en 2009, parce que le rendement de la mesure était faible – 30 millions d'euros par an en moyenne, alors que plus de 100 millions d'euros étaient initialement attendus.

Par ailleurs, son recouvrement était lourd. Les établissements dont les salariés bénéficiaient de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) avaient souvent fait l'objet de reprises successives qui rendaient leur identification difficile. De plus, les entreprises qui avaient repris ces établissements et les avaient reconverties comprenaient mal pourquoi elles devaient payer pour un risque auquel elles n'avaient pas exposé les salariés, ce qui a pu peser sur les décisions de reprise et donc sur le maintien des emplois. Le contentieux était en conséquence important.

En outre, il paraissait préférable de responsabiliser les entreprises qui exposent leurs salariés à l'amiante et sont à l'origine des dépenses du FCAATA en améliorant les procédures de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur.

Enfin, plus on s'éloigne de la période d'utilisation intensive de l'amiante, moins le rétablissement de la contribution aurait de sens.

Je partage ce constat et rappelle que la contribution souhaitée alimenterait un fonds aujourd'hui excédentaire. En effet, le FCAATA est revenu à l'équilibre en 2010. Depuis cette date, son solde est constamment excédentaire : 9 millions d'euros en 2010 ; 51 millions en 2011 ; 64 millions en 2012 et 109 millions en 2013.

En 2014, le nombre des bénéficiaires de l'ACAATA a continué de diminuer fortement, pour s'établir à 21 484, ce qui représente une baisse de 8,7 % par rapport à 2013. Il y a aujourd'hui plus de sorties que d'entrées dans le dispositif. En conséquence, le FCAATA a été excédentaire de 81 millions d'euros en 2014.

En 2015 et en 2016, la décroissance rapide des charges d'allocation devrait se poursuivre – moins 11,1 % en 2015 et moins 8,5 % en 2016 –, sous les effets combinés d'une baisse des effectifs des allocataires – moins 12 % en 2015 et moins 9 % en 2016 – et d'un impact, en moyenne annuelle, de la revalorisation des allocations quasiment nul en 2015 et de 0,33 % en 2016, en raison de la faible inflation.

Dans ce contexte, le rétablissement d'une contribution au rendement faible et au recouvrement lourd ne paraît guère pertinent. Pour ces raisons, je suis défavorable à cet amendement.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 37 sans modification.*

### **Après l'article 37**

*La Commission examine l'amendement AS224 de M. Jean-Louis Roumegas.*

**M. Jean-Louis Roumegas.** Cet amendement vise à obtenir du Gouvernement un rapport sur le traitement des dossiers des victimes de l'amiante, puisqu'un retard considérable est constaté et que les dossiers sont parfois traités après le décès des intéressés. Il faut prendre en considération les victimes et les ayants droit qui connaissent des situations dramatiques. Le Gouvernement s'était montré favorable à ce rapport, mais ne l'a jamais remis.

Le fait est que ce régime a pu bénéficier à des salariés dont le degré d'exposition avait été faible, voire nul, tandis que des travailleurs qui, eux, avaient été fortement exposés, n'ont pas été inscrits sur les listes ouvrant droit à l'ACAATA, et ne peuvent donc en bénéficier. Plusieurs pistes de réforme ont déjà été explorées.

D'autres perspectives ont ensuite été expertisées par l'administration. En mai 2011, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail (ANSES) a conclu qu'il n'existait pas de base de données permettant de dresser de façon univoque une liste exhaustive des métiers les plus exposés. Elle a aussi mis en lumière les difficultés d'établissement d'une telle liste, puisque, par exemple, l'intensité de l'exposition peut varier selon les secteurs d'activité ou la période concernée.

**M. Denis Jacquat, rapporteur.** La demande de rapport au Parlement au sujet de l'amélioration des conditions de traitement des dossiers des victimes de l'amiante pour l'accès au FCAATA est déjà satisfaite.

En effet, le rapport demandé par l'article 90 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, relatif aux modalités de création d'une nouvelle voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, a été transmis au Parlement le 7 août 2015. Il met en évidence l'importance du dispositif collectif actuel dans la prise en charge des conséquences de l'amiante en France : depuis sa création en 1999, ce dispositif s'est traduit par une dépense de plus de 9 milliards d'euros au bénéfice de plus de 80 000 salariés.

Sur la faisabilité d'une voie d'accès individuelle à l'ACAATA, ce document met en lumière les importantes difficultés liées à l'évaluation de l'exposition professionnelle individuelle à l'amiante, s'agissant tant de la reconstitution préalable du parcours professionnel du demandeur et de son exposition à l'amiante que de ses modalités de preuve.

L'estimation statistique du nombre de bénéficiaires potentiels se révèle par ailleurs délicate : les premières estimations établies tendent à montrer que l'ouverture d'une voie d'accès individuelle majorerait de façon très importante le nombre de personnes bénéficiant de l'ACAATA. Cet important afflux de bénéficiaires aurait un fort impact sur la gestion et les délais d'attribution de l'allocation, qui avait conduit l'Italie, seul autre pays à avoir mis en

place un dispositif de préretraite « amiante », à clôturer son dispositif dix ans après sa création. Il aurait également un coût qui pèserait significativement sur les comptes de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP), étant précisé que, sur les douze dernières années, cette dernière a déjà consacré plus de 700 millions d'euros par an au dispositif de l'ACAATA.

En effet, l'impact financier de l'ouverture de la voie individuelle pourrait être compris entre 600 millions d'euros, dans l'hypothèse de 5 000 attributions par génération, et 1,2 milliard d'euros, correspondant à un effectif de 10 000 nouveaux allocataires par génération, la première année, avec une montée en charge les années suivantes.

Compte tenu de ces éléments et à supposer qu'elle soit envisageable, la faisabilité d'une voie d'accès individuelle pourrait par exemple être assortie de conditions d'exposition et d'âge minimal différentes de celles qui prévalent actuellement. Ces conditions permettraient de réduire l'impact financier par rapport à l'ouverture d'une voie d'accès individuelle sans condition. Pour autant, la maîtrise du dispositif ne serait pas assurée : les difficultés liées à l'absence de traçabilité des expositions passées demeureraient, de même que le fort risque contentieux et le risque de dérive lié à la fragilité des modes de preuve.

Par ailleurs, et surtout, la mise en place de conditions d'accès différentes entre le dispositif collectif actuel et le nouveau dispositif individuel apparaît peu envisageable au regard du principe d'égalité. L'introduction de conditions d'accès, si elle était retenue, devrait s'appliquer à l'ensemble des dispositifs d'accès pour les personnes non malades, ce qui supposerait de revenir sur les contours du dispositif actuel.

Il faut également préciser que le rapport demandé porterait sur l'amélioration des conditions de traitement des dossiers des ayants droit. Or le dispositif FCAATA est un dispositif de préretraite « amiante », il n'y a donc pas d'ayants droit au FCAATA, pas plus qu'il n'y a d'indemnisation : ces notions font plutôt penser au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), qui peut notamment prendre en charge l'indemnisation de personnes exposées de manière chronique dans les bâtis publics ou privés et qui auraient développé une maladie liée à l'amiante.

Enfin, les conditions de traitement des dossiers des bénéficiaires de l'ACAATA – dont le nombre a encore diminué de 8,7 % en 2014 pour s'établir à 21 484 – n'ont pas, à ce jour, fait l'objet de critiques.

Dans ces conditions, un nouveau rapport sur l'ACAATA, moins de trois mois après le précédent, n'apparaît pas nécessaire.

**M. Gérard Sebaoun.** Je comprends mal comment M. Jacquat peut dire que l'ouverture d'une nouvelle voie pour reconnaître l'exposition coûterait trop cher. Nous parlons là de victimes de l'amiante, et mettre en avant à leur sujet le coût pour la société, quel qu'il soit et fût-il exorbitant, ne me paraît pas recevable.

**M. Denis Jacquat, rapporteur.** En réponse à cette excellente question, je dirai que je me suis contenté de lire des extraits du rapport. Ce n'est donc pas Denis Jacquat qui s'exprime. Je dis simplement que, trois mois après la remise d'un rapport, nous n'allons pas en réclamer un nouveau.

*La Commission rejette l'amendement.*

**Article 38 :** *Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2016*

*La Commission adopte l'article 38 sans modification.*

#### **TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE**

##### **Chapitre I<sup>er</sup> Amélioration de l'accès aux droits**

**Article 39 :** *Création d'un régime universel d'assurance maladie*

*La Commission est saisie des amendements identiques AS9 de M. Jean-Pierre Door et AS23 de M. Dominique Tian.*

**M. Jean-Pierre Door.** Cet article de seize pages, difficilement lisible – comme l'a lui-même reconnu le rapporteur –, nous est présenté par le Gouvernement comme une simplification. C'est en réalité une telle source de complexification que nous ne pouvons manquer de nous interroger.

Cet article va au bout de la philosophie qui a présidé à la création de la couverture maladie universelle (CMU) en s'affranchissant totalement de la logique d'affiliation à la sécurité sociale. Désormais, il suffira d'être résident régulier sur le territoire français pour avoir droit à une protection maladie universelle. Il opère donc un véritable changement de paradigme.

Il est précisé dans l'étude d'impact, particulièrement superficielle, que les conditions d'affiliation vont être drastiquement simplifiées. Il nous paraît quasiment impossible de mesurer les conséquences pratiques de telles dispositions, notamment en termes d'éventuelle augmentation du nombre d'ouvertures de droits, voire de fraudes.

Si nous ne sommes pas opposés *a priori* à la simplification, nous refusons le processus tel qu'il est envisagé dans le présent article, puisqu'il ne s'accompagne pas des garanties nécessaires alors que les comptes de la branche maladie, qui n'ont cessé de se dégrader, sont en déficit de 7,5 milliards en 2015.

Le Gouvernement entend, par ailleurs, revoir toute l'architecture des règles juridiques qui encadrent les délégations de gestion de certains régimes – étudiants, indépendants et fonctionnaires. Un tel sujet mérite un véritable débat et non pas un article illisible au détour d'un PLFSS, d'autant qu'un rapport de la MECSS portant précisément sur les délégations de gestion est en cours de rédaction. Là encore, vous mettez la charrue avant les bœufs.

Pour toutes ces raisons, nous demandons la suppression de l'article 39.

**M. Jean-Pierre Barbier.** Le coût des dispositions de cet article n'est pas estimé. Dès lors qu'une personne résidera sur notre territoire, elle pourra bénéficier d'une couverture universelle sans obligation de cotisation. C'est une perte de sens de ce qu'est la protection sociale dans notre pays, laquelle repose sur la cotisation.

Par ailleurs, le droit de la gestion mutualiste sera désormais d'ordre réglementaire : il relèvera d'un décret simple. Le texte parle ainsi de délégation et non plus d'habilitation de droit. Cela constitue, là encore, un changement profond.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie.** Monsieur Door, je connais votre implication sur ces dossiers, mais je crains que l'exposé sommaire de votre amendement n'introduise une certaine confusion. L'article 39 n'a aucunement vocation à élargir le périmètre des personnes ayant droit à l'assurance maladie puisque, je vous le rappelle, depuis la création de la couverture maladie universelle en 1999, toute personne résidant sur le territoire français de manière stable et régulière a déjà droit aux prestations en nature de l'assurance maladie. Il n'y aura donc pas d'augmentation du nombre d'ouvertures de droits. En l'état, le texte devrait s'appliquer à périmètre constant. Ce que propose cet article, c'est de simplifier les modalités d'affiliation afin d'éviter les ruptures de droits.

Je reconnais qu'il y a une certaine touche d'humour dans le décalage entre l'objectif de simplification et la complexité de la présentation. L'amendement que je vais vous présenter contient toutefois des solutions qui permettront de le réduire.

Aujourd'hui, il existe une multitude de statuts ouvrant droit à la prise en charge des frais de santé : étudiants, anciens combattants, salariés, bénéficiaires de l'allocation d'adulte handicapé, et la liste n'est pas close. Les services de l'assurance maladie sont très sollicités pour effectuer les vérifications permettant de déterminer à quel titre exact un affilié a droit à l'assurance maladie alors que, *in fine*, toute personne résidant sur le territoire français de manière stable et régulière y a droit.

L'article 39 propose de réduire à deux conditions alternatives le bénéfice de la prise en charge des frais de santé : l'exercice d'une activité professionnelle ou la résidence stable et régulière en France. Cela n'implique aucun changement par rapport aux conditions actuelles.

Voilà qui permettra aux services de l'assurance maladie de se concentrer sur le contrôle *a posteriori* au lieu de s'attarder sur la vérification des statuts.

S'agissant de la délégation, je reconnais bien volontiers que certains points restent à éclaircir. Je propose un amendement visant à éclairer l'intention du texte et vous invite à prolonger ce débat avec la ministre en séance publique.

**M. Jean-Pierre Barbier.** L'article 39 est si complexe que nous reconnaissons bien volontiers nos difficultés à l'interpréter ; nous nous réjouissons des éclairages que pourra nous fournir Mme la ministre en séance. Il n'en demeure pas moins que son exposé des motifs indique que « la présente mesure a pour objectif d'achever le processus d'universalisation de la prise en charge des frais de santé », ce qui laisse légitimement penser qu'il est procédé à une extension du périmètre.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Vous avez raison, cette formulation n'est pas la bonne, je le déplore comme vous.

**Mme Isabelle Le Callennec.** Madame la rapporteure, pouvez-vous préciser les critères attachés aux conditions d'une résidence stable et régulière et de l'exercice d'une activité professionnelle ?

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** La résidence stable s'entend au-delà de six mois. Cette condition, qui figure déjà dans le code de la sécurité sociale, sera précisée par

décret, comme cela est indiqué au bas d'une des nombreuses pages de l'article, ce qui, reconnaissons-le, en rend la lecture un peu délicate.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle en vient à l'amendement AS159 de M. Jean-Pierre Door.*

**Mme Bérengère Poletti.** Dans sa rédaction actuelle, l'article 39 place en situation de risque des millions d'assurés qui bénéficiaient jusqu'alors de prestations en nature des assurances maladie et maternité, selon des modalités et une qualité de service reconnues. Il peut conduire à une profonde transformation de l'architecture de différents régimes.

Les dispositions proposées ne vont pas suffisamment loin dans l'effort de simplification. Il apparaît dès lors indispensable de consolider les fondements de la gestion actuelle en délimitant clairement les périmètres d'intervention des différents organismes gestionnaires des régimes obligatoires.

Pour ces raisons, cet amendement propose de permettre le rattachement d'une famille à un même organisme, sans remettre en cause le nouveau principe selon lequel un ayant droit majeur devient un assuré à part entière. Il prévoit par ailleurs d'inscrire dans la loi la gestion par les mutuelles de fonctionnaires des prestations de santé et maternité des agents non titulaires de la fonction publique, lorsqu'ils en font la demande. Enfin, il pose l'obligation pour tous les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de conclure une convention prévoyant les objectifs à remplir en matière de qualité de service, ainsi que les fonds nécessaires à la réalisation de cette gestion déléguée.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Madame Poletti, compte tenu de la scission de votre amendement initial, l'argumentaire que vous venez de faire ne correspond plus au texte de l'amendement AS159. Ceci étant, votre amendement ainsi présenté se contente de déplacer une phrase sans la modifier et présente un intérêt plus que limité. Si vous ne le retirez pas, mon avis sera défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle est saisie de l'amendement AS168 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Bernard Perrut.** L'objet principal de l'article 39 est d'achever le processus d'universalisation de l'assurance maladie obligatoire et de modifier de manière substantielle la gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie par les mutuelles. Il abroge en effet les dispositions législatives organisant les délégations de gestion aux mutuelles ainsi que les délégations pour les travailleurs indépendants du commerce. Ces dispositions font peser un risque sur plus de 8 millions de personnes, qui bénéficiaient jusqu'alors des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Nous proposons par cet amendement trois modifications qui vont dans le même sens que celles envisagées par Mme Poletti dans son amendement.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Avis défavorable. L'article 39 réforme le statut d'ayant droit majeur. Désormais, toutes les personnes âgées de dix-huit et plus bénéficieront de la prise en charge des frais de santé à titre personnel. En toute objectivité, il s'agit d'un véritable progrès en matière d'individualisation des droits.

Votre amendement propose le rattachement à titre personnel des agents non titulaires de la fonction publique au régime du conjoint fonctionnaire. En réalité, si ce rattachement peut être opéré, c'est en raison non pas de liens conjugaux, mais de droits personnels.

Le rattachement familial que vous prévoyez renvoie à une définition trop large. Cela n'a pas de sens, par exemple, qu'un étudiant puisse demander à être rattaché au régime de ses parents. Vous ne menez pas le raisonnement jusqu'au bout.

**M. Bernard Accoyer.** Madame la rapporteure, nous nous étonnons de l'absence d'étude d'impact. Cela pose tout d'abord un problème de constitutionnalité. Cela dénote ensuite une certaine irresponsabilité quant à l'avenir de l'assurance maladie elle-même. Vous prétendez que l'évolution prévue à l'article 39 s'opérera à périmètre constant. Or il est bien évident, lorsque l'on connaît les dérapages qui existent dès que l'on ouvre la possibilité d'accéder à la totalité des soins à titre quasiment gratuit – et, de plus en plus, en ayant recours au tiers payant –, qu'il y aura des fraudes. Je ne demanderai pas que l'on fouille la question de l'immigration et des étrangers en situation irrégulière. (*Protestations.*)

Pas à pas, article après article, vous ouvrez des droits qui sont autant de dépenses supplémentaires, quand, dans le même temps, vous opérez des réductions de tarifs qui menacent des secteurs entiers – je pense notamment au secteur du médicament.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Monsieur Accoyer, avec beaucoup de respect, je me permets de vous renvoyer aux pages 209 et 210 de l'étude d'impact, tout en reconnaissant qu'il est difficile de s'y retrouver, puisque l'étude d'impact se réfère à l'article 38 devenu l'article 39 après le passage en Conseil d'État. Vous serez, j'en suis certaine, convaincue par ces analyses.

**M. Bernard Accoyer.** Vous conviendrez que ces changements d'article nous conduisent à étudier le texte dans des conditions anormales. Ces façons de faire me paraissent un peu légères !

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** C'est le Conseil d'État qui a imposé cette modification.

**M. Gérard Sebaoun.** Je ne peux accepter que M. Accoyer dérape au point d'affirmer que les étrangers en situation irrégulière sont concernés par ce texte, alors qu'il sait comme moi que l'aide médicale d'État relève de la mission « Santé ». S'il a quelque chose à dire, il le dira lorsqu'elle sera examinée !

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine, en discussion commune, les amendements identiques AS394 de la rapporteure et AS379 de M. Gérard Bapt, et l'amendement AS169 de M. Jean-Pierre Door.*

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** L'article 39 propose de faire évoluer les conditions de délégation de gestion des régimes d'assurance maladie obligatoire à des mutuelles, groupements de mutuelles ou assureurs.

Le monopole de gestion délégué à certains organismes a pu se révéler problématique : en cas de défaillance d'un organisme délégataire, par exemple, l'assurance maladie ne dispose d'aucun instrument lui permettant d'assurer la continuité de la prise en charge des personnes gérées par la mutuelle défaillante. Le droit existant ne prévoit pas non

plus les situations dans lesquelles les organismes délégataires souhaitent, pour des raisons de coût et d'efficacité, confier à l'assurance maladie certaines missions propres à la gestion de tout régime obligatoire, à l'instar du développement d'un système d'information.

La réforme proposée abroge plusieurs dispositions législatives et renvoie à un décret les modalités d'organisation et de mise en œuvre de ces délégations.

Cet amendement opère plusieurs clarifications afin de sécuriser les évolutions proposées au regard du droit existant : il maintient dans la loi le principe des remises de gestion, tandis que les modalités de ces remises sont renvoyées au décret ; il précise également les conditions dans lesquelles il peut être mis fin aux délégations de gestion, en cas de défaillance d'un organisme délégataire ou en cas de demande formulée par une mutuelle.

La quatrième partie de ce volumineux article 39 serait consolidée par cette rédaction. Ainsi modifié, il ne devrait plus soulever de contestations de la part des organismes concernés.

**M. Gérard Bapt.** J'aimerais souligner l'importance de l'article 39 : il vise à éviter toute rupture de droits. Nous savons que celles-ci interviennent parfois en cas de changement de résidence, d'activité professionnelle ou de statut social, et qu'elles peuvent durer plusieurs mois, ce qui conduit à des situations sociales difficiles.

Par ailleurs, cet article traite du problème des délégations de gestion. Je comprends les craintes ressenties par certains organismes dont les délégations pourraient être désormais retirées par décision réglementaire, et non plus législative. Cette procédure ne s'applique toutefois qu'en cas de défaillance – je pense aux mutuelles étudiantes – ou de démarche volontaire. Pour les mutuelles ne posant pas problème, qu'il s'agisse de l'éducation nationale, du personnel hospitalier ou de la fonction publique territoriale, seule une décision législative peut mettre fin à la délégation.

**M. Arnaud Robinet.** Il est scandaleux que le Gouvernement veuille sauver une mutuelle étudiante, La Mutuelle des étudiants (LMDE), ex-MNEF, qui est purement et simplement un organe politique connu pour lui faire de la publicité dans les universités. Qu'en est-il des autres mutuelles étudiantes et des mutuelles régionales ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** C'est un procès d'intention difficile à entendre, monsieur Robinet. La Mutuelle des étudiants a des problèmes depuis des années. Lorsque vous étiez au pouvoir, vous n'avez rien fait pour y mettre fin. C'est nous qui avons commencé à prendre des décisions. Quant aux accusations de propagande politique, elles sont totalement infondées. Je vous invite à davantage de retenue et considère que vous avez défendu l'amendement AS169.

**M. Bernard Accoyer.** Je ne suis pas certain que Mme la rapporteure mesure bien ce qu'on lui a mis dans son amendement. (*Protestations.*)

**M. Gérard Bapt.** C'est inadmissible, vous ne vous adresseriez jamais de cette façon à un homme !

**M. Bernard Accoyer.** Renvoyer au décret la fin de délégation implique que l'on ne puisse appliquer de sanctions. De la part d'un Gouvernement toujours prompt à en émettre, cela me paraît fort étonnant et, pour tout dire, suspect.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Vous pouvez défendre vos positions, monsieur Accoyer, tout en respectant Mme la rapporteure.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Monsieur Accoyer, pour éviter les confusions, vous devriez lire non pas les notes de votre attaché, mais le texte lui-même. C'est toujours mieux. Et cela vaut aussi pour l'étude d'impact.

Après cet échange sportif, venons-en à l'amendement AS169. Tout d'abord, il prévoit de laisser aux organismes gestionnaires du régime social des indépendants la gestion du recouvrement des cotisations d'assurance maladie ; ce qui est incompatible avec l'article 12 de ce projet de loi.

De manière générale, il propose ni plus ni moins de revenir au *statu quo* : autrement dit, de parti pris, il ignore le cas des défaillances ou des demandes formulées par les mutuelles elles-mêmes.

Je tiens à signaler à M. Robinet que, si les dispositions que Gérard Bapt et moi-même visons dans nos amendements avaient été votées par votre majorité, la LMDE n'aurait pas connu les mêmes difficultés puisqu'elle aurait rejoint le régime général. Il faut rappeler que l'assurance maladie n'a actuellement aucun moyen juridique pour reprendre la gestion d'un organisme qui rencontre de graves difficultés, au risque de laisser ses affiliés sans couverture santé. Nous lui fournissons désormais des outils.

Par ailleurs, d'un point de vue pratique, il faut prendre en compte le cas des mutuelles qui souhaiteraient profiter de l'expertise et des moyens de l'assurance maladie pour limiter leurs frais. Cela est particulièrement visible s'agissant des systèmes d'information, qui sont coûteux à développer, et qui peuvent être gérés non pas par les mutuelles, mais par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), lorsque les mutuelles en expriment le besoin.

Avis défavorable, donc.

*La Commission adopte les amendements AS394 et AS379.*

*En conséquence, l'amendement AS169 tombe.*

*La Commission examine ensuite l'amendement AS272 de M. Denis Jacquat.*

**M. Denis Jacquat.** Les régimes locaux d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assurent aux salariés agricoles et non agricoles des prestations servies en complément de celles des régimes obligatoires de base. Cette couverture complémentaire obligatoire bénéficie aux titulaires de revenus de remplacement et retraités, mais également à leurs ayants droit.

La notion d'ayant droit majeur étant supprimée dans le cadre de la protection universelle maladie, cet amendement, soutenu par les parlementaires alsaciens et mosellans, vise à maintenir le bénéfice de la couverture offerte par ces régimes à cette catégorie de personnes.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Cet amendement propose en réalité de corriger un oubli ; la réforme du statut d'ayant droit envisagée à l'article 39 n'entendait pas revenir sur les spécificités propres au régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire

d'Alsace-Moselle. La rédaction proposée par votre amendement, monsieur Jacquat, permet de supprimer la référence aux ayants droit tout en conservant les avantages pour les bénéficiaires actuels en Alsace-Moselle. D'autres parlementaires, Michel Liebgott notamment, ont déposé le même amendement. J'émetts donc un avis favorable.

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

*Elle est saisie de l'amendement AS170 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** Madame la rapporteure, vous devez reconnaître avec nous que consacrer quatre-vingts pages de l'étude d'impact à un article qui en comporte seize est complément surréaliste.

Les rapports de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de la Cour des comptes ont mis en évidence des coûts de gestion des mutuelles catastrophiques. À la suite de leur publication, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) s'est engagée dans une mission portant sur la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire par certaines mutuelles. L'article 39, qui modifie profondément l'architecture des différents régimes, suscite l'interrogation suivante : ne va-t-on pas aboutir à la suppression des mutuelles pour aller vers une assurance universelle ? Si c'est le cas, il faudra vraiment savoir qui est visé et comment procéder. Rappelons que cela supposerait de reprendre plus de 10 000 équivalents temps pleins, les services d'informatisation, les adhésions, parfois très nombreuses dans certaines mutuelles. Vous ciblez LMDE, nous ciblons aussi la mutuelle générale des fonctionnaires et d'autres. Attention à ne pas aller trop vite en besogne. La volonté de simplification risque d'aboutir à des complications nouvelles en termes de qualité de service et de finances.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Je comprends vos préoccupations, monsieur Door. L'article 39 propose de supprimer progressivement les mutuelles relevant de l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire celles qui gèrent notamment certains fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers. Ces mutuelles ont reçu une habilitation de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour gérer le régime obligatoire d'assurance maladie d'une catégorie de population donnée. Contrairement aux autres mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants, la délégation accordée n'est pas de droit : elle peut donc être retirée à tout moment.

L'extinction progressive de ce système de délégation répond, je crois, à un principe de bonne gestion : la Cour des comptes nous rappelle régulièrement que les coûts de gestion par des organismes de taille modeste sont souvent bien plus élevés pour un même niveau d'efficacité.

Toutefois, je ne connais pas les autres raisons qui conduisent à l'extinction de ces mutuelles. C'est pourquoi je crois qu'il est important que nous ayons ce débat en présence de la ministre, en séance publique, la semaine prochaine. Je vous suggère donc de retirer cet amendement pour le redéposer en séance. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

*Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle **rejette** successivement les amendements AS171 et AS172 de M. Jean-Pierre Door.*

*Elle **adopte** enfin l'article 39 **modifié**.*

**Article 40 : Amélioration de la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme**

*La Commission adopte l'article 40 sans modification.*

**Article 41 : Confidentialité et gratuité des actes et consultations dans le cadre de la contraception des mineures**

*La Commission adopte l'article 41 sans modification.*

**Après l'article 41**

*La Commission est saisie d'un amendement AS247 de Mme Sylviane Bulteau.*

**Mme Sylviane Bulteau.** Cet amendement vise à ouvrir aux travailleurs indépendants la possibilité de bénéficier d'un temps partiel thérapeutique, mesure de justice sociale dont Fabrice Verdier et moi-même avons souligné l'importance dans notre rapport à la suite de notre mission conjointe. Lors de son audition devant la commission des affaires sociales, Mme la ministre des affaires sociales a indiqué qu'elle y était favorable. Je vous invite donc à l'adopter.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Je tiens à saluer cet amendement, qui comble un manque et répare une injustice. Les travailleurs indépendants ont des contraintes professionnelles particulières – ils ne peuvent pas se reposer sur une équipe – et, lorsqu'ils tombent malades, ils ne sont pas forcément remplacés. Cela peut rendre le retour au travail à temps plein après une longue période de convalescence particulièrement difficile, voire problématique. Cet amendement est tout à fait bienvenu : il vise à permettre aux travailleurs indépendants de reprendre partiellement leur activité après une maladie, tout en continuant à bénéficier des indemnités journalières versées par l'assurance maladie.

L'intérêt du temps partiel thérapeutique n'est plus à démontrer : c'est une transition souvent indispensable entre la convalescence et la reprise du travail à temps plein ; c'est une étape majeure vers le retour à la vie normale. Cela permettra aux travailleurs indépendants de se réhabituer à des rythmes de travail plus soutenus, tout en retrouvant leur état de santé. Je partage totalement l'ambition de cet amendement, auquel je donne donc un avis favorable.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Je précise que cet amendement est tout à fait recevable au regard des dispositions de l'article 40 du fait de la déclaration sans ambiguïté faite par la ministre de la santé lors de son audition par notre commission le 7 octobre.

*La Commission adopte l'amendement.*

## **Chapitre II**

### **Promotion de la prévention et parcours de prise en charge coordonnée**

**Article 42 : Contrats de coopération pour les soins visuels**

*La Commission est saisie des amendements identiques AS273 de M. Arnaud Robinet et AS304 de M. Francis Vercamer.*

**M. Arnaud Robinet.** Je propose que l'ensemble des ophtalmologistes, qu'ils exercent seuls ou bien dans une maison ou un centre de santé, puissent bénéficier des

incitations financières à développer les coopérations avec les auxiliaires médicaux, notamment les orthoptistes.

En effet, dans le PLFSS actuel, la rémunération des maisons et centres de santé au titre de ces coopérations est une simple possibilité, qui n'interviendra, le cas échéant, qu'à compter de 2018 et dans le cadre d'un accord conventionnel interprofessionnel. Il convient de remédier à cette situation, de manière à garantir l'équité entre les différents professionnels de santé et à favoriser le développement des maisons et centres de santé dans nos territoires.

**M. Francis Vercamer.** Afin de favoriser l'accès aux soins visuels, l'article 42 prévoit de renforcer les mécanismes de soutien au travail en contrepartie d'engagements sur des objectifs de santé publique. Deux types de contrats sont créés, qui seront signés par l'Agence régionale de santé (ARS) et la CPAM : le contrat de coopération pour les soins visuels destiné aux ophtalmologistes de secteur 1, qui vise à les inciter à recruter ou à former un auxiliaire médical ; le contrat collectif pour les soins visuels destiné aux maisons de santé et aux centres de santé pluriprofessionnels. Ces deux contrats font l'objet d'évaluations afin de vérifier que les contreparties financières sont justifiées. Mon amendement tend à rendre similaires les modalités d'évaluation et les objectifs à atteindre dans le cadre de ces deux contrats, que les professionnels exercent en libéral ou dans un centre de santé.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** L'article 42 prévoit déjà des contreparties financières pour les contrats collectifs pour les soins visuels : la rémunération versée à la structure par l'assurance maladie tiendra compte des coûts fixes liés à l'organisation de ces coopérations, ainsi que du nombre de patients reçus dans le cadre du protocole de coopération entre ophtalmologistes et auxiliaires médicaux. Selon l'étude d'impact, les structures concernées pourraient recevoir en moyenne 15 000 euros par an. Votre amendement ne ferait que confirmer ce qui est déjà prévu. Je souscris au principe qu'il énonce, mais sa rédaction ne me paraît pas tout à fait satisfaisante : on ne comprend pas de quels « objectifs » il est question. Je vous propose donc de le retirer pour le présenter à nouveau en séance publique. Dans le cas contraire, j'émettrai un avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS303 de M. Francis Vercamer et AS333 de M. Arnaud Robinet.*

**M. Francis Vercamer.** Mon amendement est rédactionnel : il vise à préciser que ce sont les organisations professionnelles, et non les organisations de salariés, qui sont associées à l'élaboration du contrat type.

**M. Arnaud Robinet.** Même argumentation.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Je ne partage pas votre opinion : ce sont bien les syndicats représentatifs des médecins spécialistes en ophtalmologie qui seront appelés à donner leur avis sur le contrat type, lequel servira de modèle aux contrats collectifs pour les soins visuels. Avis défavorable.

**M. Francis Vercamer.** Dans l'alinéa 8, il n'est absolument pas question des organisations patronales ou professionnelles : il n'est fait mention que des organisations syndicales. Il est assez curieux que les ministres compétents et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) décident pour les professionnels concernés après avis des

seules organisations syndicales représentatives et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Il s'agit non pas d'entreprises, mais de médecins !

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle en vient à l'amendement AS330 de M. Arnaud Robinet.*

**M. Arnaud Robinet.** De même que l'amendement AS273, cet amendement vise à ce que l'ensemble des ophtalmologistes soient soumis aux mêmes règles, qu'ils exercent seuls ou dans une maison ou un centre de soins. Ainsi, les contrats de coopération pour les soins visuels seraient évalués annuellement, comme les contrats collectifs pour les soins visuels.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Avis défavorable. Les contrats collectifs seront évalués annuellement afin d'être éventuellement intégrés dans la négociation du prochain accord conventionnel interprofessionnel. Alors que nous cherchons à simplifier notre droit, il ne serait pas raisonnable de dupliquer cette évaluation annuelle pour chacun des contrats individuels conclus par les ophtalmologistes et les auxiliaires médicaux : ce serait long et coûteux, pour des résultats sans doute difficiles à analyser. Le contrat type jouera le rôle de garde-fou afin que l'on s'assure que les contrats conclus respectent les principes déterminés par les partenaires conventionnels.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 42 sans modification.*

**Article 43 : Expérimentation relative à la prévention du risque d'obésité**

*La Commission est saisie des amendements identiques AS103 de M. Jean-Pierre Door, AS107 de M. Fernand Siré, AS176 de M. Rémi Delatte, AS217 de M. Bernard Accoyer et AS296 de Mme Valérie Boyer.*

**Mme Bérengère Poletti.** L'article 43 tend à mettre en place une expérimentation intéressante visant à prévenir l'obésité chez les jeunes enfants dès lors qu'ils ont été repérés comme sujets à risque par leur médecin traitant. Il est prévu que des consultations psychologiques et diététiques, ainsi qu'un bilan d'activité physique, seront dispensés, sur prescription du médecin traitant de l'enfant, par des professionnels de santé exerçant dans des structures répondant à un cahier des charges proposé par la CNAMTS et sélectionnées au terme d'un appel à projets. Le texte ne vise – malheureusement – que les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires. L'objet de cet amendement est d'ouvrir également le dispositif à toute autre structure regroupant des professionnels libéraux qui souhaiteraient s'investir dans ce travail de prévention.

**M. Fernand Siré.** Même argumentation.

**M. Rémi Delatte.** Nous avons l'occasion de donner un signal fort en matière de prévention et de lutte contre l'obésité des jeunes. Nous devons faire en sorte que les professionnels susceptibles d'assurer les consultations psychologiques et diététiques, ainsi que les bilans de santé physique, soient les plus nombreux possibles. Il faut donc que les structures regroupant des professionnels libéraux puissent intervenir également.

**M. Bernard Accoyer.** Pourquoi toujours écarter les professionnels libéraux et réserver les dispositifs à des structures publiques ou parapubliques ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Les maisons de santé pluridisciplinaires regroupent des professions de santé libérales.

**Mme Valérie Boyer.** Même argumentation que pour les autres amendements identiques.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Ces amendements sont satisfaits. D'une part, l'énumération proposée à l'alinéa 2 n'a pas vocation à être exclusive. D'autre part, les termes « structures disposant de compétences particulières » ne sont pas limitatifs : une structure professionnelle libérale répondant aux critères fixés par l'article et au cahier des charges rentre bien évidemment dans le champ de l'expérimentation. Le cabinet de la ministre, que j'ai interrogé à ce propos, m'a confirmé le bien-fondé de cette interprétation.

**Mme Isabelle Le Calennec.** Le cabinet vous a-t-il donné des exemples concrets ? Considère-t-on qu'un médecin libéral exerçant seul peut constituer une telle structure ?

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Non, une structure, c'est une équipe, dans la mesure où la prise en charge est pluridisciplinaire.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Cette mesure concernera notamment deux professions de santé dont les actes ne sont pas cotés par l'assurance maladie : les psychologues et les diététiciens. Leur intégration au sein de la structure leur permettra de travailler avec des professionnels qui peuvent prescrire. Ce dispositif fera l'objet de financements spécifiques.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Vous utilisez vous-même le terme « structure » dans vos amendements, chers collègues.

**M. Jean-Pierre Barbier.** N'y a-t-il pas une confusion entre « structure » et « parcours de soins » ? Un médecin libéral exerçant seul ne peut pas faire une consultation dans le cadre prévu par l'article 43, mais il serait utile que plusieurs médecins libéraux puissent assurer une telle prise en charge pluridisciplinaire. D'où l'idée de constituer des parcours de soins, ce qui n'est pas la même chose qu'une structure. La rédaction de l'article 43 est peut-être trop restrictive. Elle risque d'exclure un grand nombre de patients du dispositif : à la campagne ou dans certaines villes, il est impossible de trouver une maison pluridisciplinaire dans laquelle toutes les compétences soient réunies.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 43 sans modification.*

**Article 44 : Pérennisation de l'expérimentation conduite par l'agence régionale de santé des Pays de la Loire relative à la permanence des soins ambulatoires**

*La Commission adopte l'article 44 sans modification.*

#### **Après l'article 44**

*La Commission est saisie de l'amendement AS378 de la présidente Catherine Lemorton.*

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Cet amendement reprend l'une des propositions du rapport que j'ai remis à l'issue des travaux de la mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins. Il concerne les certificats de décès. Je vais laisser à Jean-Pierre Door, qui a présidé la mission d'information, le soin de le présenter.

**M. Jean-Pierre Door.** Je vous remercie, madame la présidente, d'avoir déposé cet amendement. Nous avons en effet mené pendant plusieurs mois une mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins. Il n'a d'ailleurs pas été très aisé d'interroger tous les professionnels de santé et tous les acteurs institutionnels concernés. Nous avons constaté ensemble que la prise en charge de l'établissement des certificats de décès était défaillante dans plusieurs territoires, urbains comme ruraux. En principe, c'est le médecin traitant qui se déplace, établit le certificat de décès et le signe – le certificat doit être obligatoirement signé par un médecin inscrit au tableau de l'ordre. Toutefois, des problèmes se posent de façon récurrente, notamment lorsque la personne décédée n'a ni médecin traitant ni famille, que le décès soit intervenu au domicile ou dans la rue.

Nous avons noté que l'absence de prise en charge financière de l'examen de la personne décédée par l'assurance maladie constituait souvent un obstacle. Nous proposons donc que cet examen soit pris en charge, à titre expérimental, par l'ARS compétente, ainsi que le fait déjà l'ARS de Poitou-Charentes. L'objectif est de généraliser à terme cette mesure à l'ensemble du territoire. Nous verrons au bout de quelques années si le dispositif fonctionne, c'est-à-dire s'il garantit effectivement que des professionnels de santé se déplacent sur le terrain pour établir les certificats de décès, ce qui est un acte médical à part entière.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Ce problème a été mentionné par presque toutes les personnes auditionnées. On nous a décrit des situations dramatiques : des familles avec un parent décédé dont personne ne venait établir le certificat de décès. S'il n'y a pas d'urgence médicale – sans faire d'humour mal placé –, il y a néanmoins une urgence humaine pour les gens qui entourent la personne décédée. On pourrait penser que l'établissement d'un certificat de décès est un acte relativement simple. Or tous les syndicats de médecins, publics ou libéraux, nous ont fait part de difficultés : lorsque le médecin arrive sur les lieux, il doit non seulement constater le décès, mais aussi rendre compte d'éventuelles circonstances suspectes, pouvant exiger une enquête de police ou de gendarmerie. L'absence de rémunération du médecin ne fait qu'ajouter au problème. En fin de compte, ce sont souvent les urgentistes des hôpitaux qui sont obligés de se déplacer en ambulance pour aller constater le décès. D'où cette proposition. Si vous en êtes d'accord, je vous associerai comme signataire de l'amendement pour la séance publique, monsieur Door.

**Mme Isabelle Le Calennec.** L'idée d'une prise en charge par le fonds d'intervention régional (FIR) est intéressante. Dès lors, pourquoi faire une simple expérimentation alors que la mesure pourrait être généralisée ?

À quel tarif l'ARS de Poitou-Charentes a-t-elle prévu de rémunérer cet acte dans son cahier des charges ?

Je m'interroge sur la formulation du quatrième alinéa de l'amendement : « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des agences régionales de santé retenues pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national et après avis des agences régionales de santé concernées. ». On a l'impression que les ARS sont juges et parties. Ne faudrait-il pas plutôt rédiger cet alinéa de la manière suivante : « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale lancent un appel à projets national, puis arrêtent la liste des agences régionales de santé retenues » ?

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** Avant de généraliser, nous sommes obligés de passer par une expérimentation, car un certain nombre de conditions doivent être réunies : il faut qu'il y ait un médecin présent sur le territoire considéré et qu'il soit volontaire pour participer à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), cette participation ne constituant pas une obligation. Il va falloir examiner la situation région par région, voire territoire par territoire. Chaque ARS devra s'organiser avec les professionnels de santé concernés, notamment avec ceux qui sont de garde, un peu comme dans le cadre de la PDSA. Quant au tarif de prise en charge, il sera de 90 euros environ. Mais cela ne suffira peut-être pas dans certains territoires où il n'y a même plus de médecins pour assurer la PDSA.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Je donne un avis bien évidemment favorable à cet amendement de bon sens, qui relève pratiquement de l'évidence. L'établissement du certificat de décès est un acte médical souvent simple, mais qui engage la responsabilité du médecin. Imaginez un médecin qui aurait établi un certificat de décès pour quelqu'un qui n'est pas tout à fait mort. Je ne souhaite à personne de se trouver dans une telle situation !

Il faut prévoir une prise en charge de l'établissement des certificats de décès, même s'il peut paraître un peu gênant de mettre en place un tel financement. Bien souvent, le médecin est amené à se déplacer. Il s'agit donc, au minimum, de l'équivalent d'une consultation à domicile. En outre, il ne faut pas imposer de lourdeurs administratives supplémentaires aux personnes ou aux familles qui sont dans l'affliction. Enfin, lorsque des personnes sans domicile fixe meurent dans la rue – nous ne pensons jamais assez à elles –, il est bien évidemment indispensable qu'un professionnel se déplace pour constater le décès et prévoir les suites.

*La Commission adopte l'amendement.*

**Article 45 : Pérennisation du financement des actes prévus dans les protocoles de coopération**

*La Commission examine les amendements identiques AS108 de M. Fernand Siré, AS177 de M. Rémi Delatte, AS218 de M. Bernard Accoyer et AS307 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Fernand Siré.** L'article 45 tend à permettre l'inscription pérenne, sur la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, des pratiques innovantes, lorsque leur efficacité aura été reconnue à l'issue de protocoles de coopération. Cependant, il est essentiel que les conseils nationaux professionnels et les syndicats représentatifs des professions concernées par le protocole de coopération soient saisis conjointement pour avis des projets de textes réglementaires par le collège des financeurs, au même titre que l'Académie de médecine. En effet, qui est mieux placé que les professionnels de santé en exercice pour déterminer l'efficacité d'un traitement ?

**M. Rémi Delatte.** L'amendement AS177 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** L'amendement AS218 également.

**Mme Valérie Boyer.** De même que l'amendement AS307.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Par ces amendements, vous proposez de soumettre pour avis les projets d'inscription des actes professionnels issus des protocoles de coopération, d'une part, aux conseils nationaux professionnels et, d'autre part, aux syndicats représentatifs des professions concernées. Je ne suis pas favorable à cette disposition, car l'objectif poursuivi par l'article 45 est au contraire de simplifier la procédure et de raccourcir les délais liés aux consultations obligatoires. Pour mémoire, la procédure de consultation pour avis est déjà très encadrée : la Haute Autorité de santé doit remettre un avis sur chacun des actes contenus dans le protocole, et le financement de ces actes est soumis à l'avis d'un collège des financeurs.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 45 sans modification.*

#### **Après l'article 45**

*La Commission est saisie des amendements identiques AS116 de M. Jean-Pierre Barbier et AS375 de M. Gilles Lurton.*

**M. Jean-Pierre Barbier.** Cet amendement tend à faire reconnaître la spécificité d'une catégorie d'acteurs de la chaîne du médicament qui assument des missions habituellement dévolues aux grossistes-répartiteurs. Il s'agit d'un certain nombre de laboratoires tels que les laboratoires homéopathiques, pour lesquels l'activité de répartition-distribution n'est pas rentable, ainsi que l'a reconnu l'IGAS dans un rapport de 2014. Pour essayer de la rentabiliser, ces laboratoires demandent aux pharmaciens de regrouper leurs commandes et leur accordent des remises en contrepartie. De ce fait, ils sont assujettis à la troisième tranche de la contribution qui est due par les distributeurs en gros, alors même que leur marge de « grossiste » ne leur permet pas de compenser les coûts de répartition-distribution. Mon amendement vise à les exempter de cette contribution, sachant qu'ils sont déjà exclus du champ d'application de l'obligation de service public des grossistes-répartiteurs. Il s'agirait en fait de leur étendre l'exemption qui existe déjà pour d'autres catégories d'opérateurs de la chaîne du médicament.

**M. Gilles Lurton.** L'amendement AS375 est défendu.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Nous en revenons à la question du médicament. Ces amendements visent à exonérer du paiement de la troisième tranche de la contribution due par les distributeurs en gros les spécialités exclues du champ d'application des obligations de service public des grossistes-répartiteurs, par exemple l'homéopathie et la fabrication de produits de santé à partir de plantes médicinales. La question soulevée par votre amendement a notamment été abordée dans un récent rapport de l'IGAS. Cependant, la mesure que vous proposez a un coût que nous ne sommes pas en mesure d'évaluer à ce stade. De plus, la contribution en question est constituée par une fraction du chiffre d'affaires qui correspond au montant de la marge rétrocédée aux pharmacies. Dès lors, si le fournisseur ne rétrocède pas une partie de sa marge au pharmacien, il n'est pas taxé. Il n'y a donc pas lieu, selon moi, de prévoir une nouvelle exonération. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS112 de M. Fernand Siré, AS219 de M. Bernard Accoyer et AS326 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Fernand Siré.** Je laisse le soin à M. Accoyer de défendre ces amendements identiques.

**M. Bernard Accoyer.** Compte tenu des nombreux changements de pratique, de l'évolution des technologies et de la modernisation d'un certain nombre d'actes, les commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP), qui sont des instances paritaires, doivent pouvoir piloter et déterminer la procédure d'évaluation du coût de la pratique des actes. Ainsi, la hiérarchie des actes serait plus conforme à la réalité.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS326 est défendu.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Ces amendements visent à permettre aux CHAP de déterminer les règles d'évaluation du coût de la pratique des prestations et actes hiérarchisés. Il ne faut pas négliger cette idée, mais cette mission ne correspond pas à un besoin identifié. Lors du débat en séance publique, nous pourrions éventuellement proposer à la ministre que les CHAP donnent un avis consultatif. D'autre part, si nous adoptions cette disposition, cela reviendrait à retirer une compétence à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Or il est difficilement concevable d'écarter celle-ci de la procédure dans la mesure où elle est le payeur. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle en vient à l'amendement AS95 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** La iatrogénie médicamenteuse est un fléau : à l'origine d'incidents médicaux majeurs, elle est la cause d'hospitalisations, voire de décès. Il s'agit d'un enjeu décisif en matière de santé publique. Actuellement, les médecins ont accès à l'historique de remboursement de médicaments par l'assurance maladie. Je propose que les pharmaciens qui délivrent ces médicaments aient également accès à cet historique. Cela permettra d'éviter des cas de iatrogénie.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Votre amendement est tout à fait légitime, mais il est satisfait. En effet, le dossier pharmaceutique contribue déjà à sécuriser la dispensation des médicaments. Il permet au pharmacien qui le consulte de connaître l'historique des médicaments qui ont été dispensés. Le pharmacien peut ainsi agir efficacement contre la iatrogénie médicamenteuse, en prévenant les risques d'interaction entre médicaments ainsi que les traitements redondants ou cumulatifs.

L'article R. 1111-20-5 du code de la santé publique dispose que : « Au moment de la dispensation, et sauf opposition du bénéficiaire ou de son représentant légal, le pharmacien, dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui lui sont applicables, consulte le dossier pharmaceutique, afin de déceler et de signaler au bénéficiaire ou à son représentant légal les éventuels risques de redondances de traitements ou d'interactions médicamenteuses pouvant entraîner des effets iatrogènes connus. »

**M. Gérard Bapt.** Je m'interroge sur la réponse apportée par Mme la rapporteure. Le dossier pharmaceutique ne peut être ouvert qu'avec l'accord du patient.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** C'est ce que j'ai dit.

**M. Gérard Bapt.** Par ailleurs, lorsqu'il existe, il peut présenter des trous, car un professionnel peut ne pas l'avoir complété. À l'opposé, l'historique de remboursement des médicaments donne une information exhaustive. Donc, selon moi, on ne peut pas dire que l'amendement est satisfait du seul fait qu'il existe un dossier pharmaceutique. Il serait souhaitable que nous revenions sur ce point d'ici à la séance publique.

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** *A contrario*, l'automédication apparaît sur le dossier pharmaceutique, mais pas sur la liste des remboursements.

**M. Gérard Bapt.** Raison de plus !

**M. Jean-Pierre Barbier.** Le dossier pharmaceutique est spécifique à l'officine. Actuellement, à la différence du médecin, le pharmacien qui délivre les médicaments n'a pas accès à l'historique de remboursement enregistré sur la carte Vitale. Cet amendement vise à lui donner cet accès.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Je reconnais que le dossier pharmaceutique ne répond pas parfaitement à votre préoccupation, encore une fois tout à fait légitime. Je vous propose de reprendre cette discussion en séance. Dans l'immédiat, je vous invite à retirer votre amendement. À défaut, je donnerai un avis défavorable.

**M. Jean-Pierre Door.** Ce n'est pas un amendement superficiel.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Je n'ai pas dit cela.

**M. Jean-Pierre Door.** Il s'agit de défendre le parcours de soins et la coordination des soins. Aujourd'hui, le dossier médical personnel n'existe pas encore et le dossier pharmaceutique – ainsi que vient de le rappeler Gérard Bapt, que je remercie de son soutien – est facultatif et ne peut être consulté qu'avec l'accord du patient. Toutes les informations ne figurent donc pas dans ce dossier. Nous souhaitons que le pharmacien qui délivre les médicaments soit autorisé à consulter l'historique de remboursement, de la même manière que le médecin, *via* la carte Vitale et le site de l'assurance maladie. Le pharmacien est, au même titre que le médecin, un acteur de santé professionnel. L'objectif, en effet légitime, est d'éviter la iatrogénie.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Cette discussion est extrêmement intéressante, mais elle empiète sur le débat que nous aurons lors de l'examen du projet de loi relatif à la santé. C'est pour moi une raison de plus de vous suggérer de retirer votre amendement et de revenir sur cette question en séance publique.

**M. Jean-Pierre Door.** Je comprends que les positions sont susceptibles d'évoluer. Je maintiens mon amendement. Ainsi, nous pourrions le défendre en séance publique sans avoir à le déposer à nouveau.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Dans ce cas, avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle est saisie de l'amendement AS239 rectifié de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Accoyer.** En vertu de la Constitution, les projets de loi de financement de la sécurité sociale recensent toutes les mesures qui affectent les recettes et les dépenses de

l'assurance maladie. Par cet amendement, je propose que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> juin 2016, un rapport sur le coût potentiel de la généralisation du tiers payant. La quasi-totalité des médecins s'opposent résolument à cette décision du Gouvernement. Il serait utile que celui-ci explique et prouve, ainsi qu'il prétend le faire, que cette mesure n'est pas inflationniste. Je rappelle que beaucoup évaluent son coût à environ 1 milliard d'euros.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Je donne un avis tout à fait défavorable à cet amendement. C'est lui qui aurait un effet inflationniste sur nos discussions ! La question du tiers payant sera à nouveau abordée lors de l'examen du projet de loi relatif à la santé. Nous aurons tout loisir, à ce moment-là, de reprendre ce débat, qui a déjà été très largement engagé.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS309 de M. Francis Vercamer.*

**M. Francis Vercamer.** Cet amendement, qui demande un rapport au Gouvernement, vise surtout à appeler l'attention sur l'intérêt que présenteraient des ORDAM (objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie) – une idée chère à mon ami Jean-Luc Préel, hélas disparu il y a peu.

Selon la Cour des comptes, les agences régionales de santé (ARS) « devraient mieux prendre en compte l'objectif de maîtrise des dépenses à travers la fixation d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie. Ces objectifs régionaux, qui déclinent l'ONDAM national, permettraient de moduler la contrainte financière en fonction des besoins de rééquilibrage de l'offre de soins non seulement entre secteurs, mais aussi entre régions, à travers la fixation d'objectifs de résorption des inégalités d'accès aux soins ».

Si je défends bec et ongles les ORDAM, c'est notamment en songeant à ma région, le Nord-Pas-de-Calais, qui souffre d'un taux de mortalité particulièrement élevé en raison de son passé industriel. En outre, pourquoi auditionner la Cour des comptes si c'est pour rejeter ensuite les amendements qui abondent dans son sens ?

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** L'idée d'un ORDAM n'est pas illégitime. L'objectif est de donner aux ARS des marges de manœuvre pour dépenser mieux en créant, au sein de l'ONDAM, une part régionale. Mais il existe déjà des instruments qui permettent de décliner l'ONDAM à un niveau plus fin d'analyse ; je songe plus particulièrement au FIR.

Par ailleurs, en décembre 2011, cette question a fait l'objet d'un rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, qui a jugé que la construction des ORDAM et leur taux d'évolution seraient plus complexes et imprécis que ceux des objectifs en vigueur au niveau national.

Nous qui ne cessons de vanter la simplification, concentrons-nous sur des mesures concrètes au moyen des objectifs que nous avons déjà fixés, au lieu de nous lancer dans des constructions budgétaires complexes et difficiles à analyser dans la durée.

Bien que très sensible aux particularités régionales, en particulier à celles du Pas-de-Calais, j'émetts donc un avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle aborde ensuite l'amendement AS359 de Mme Bernadette Laclais.*

**Mme Bernadette Laclais.** Cet amendement tend à demander au Gouvernement un rapport sur les méningites à méningocoques, qui tuent chaque année plusieurs dizaines d'enfants et en laissent un aussi grand nombre avec des séquelles importantes. Je n'ignore pas qu'un rapport sur la vaccination est déjà attendu, mais je souhaiterais que nous disposions d'éléments assurant sa promotion par les ARS dans la tranche d'âge comprise entre l'entrée en maternelle et la fin des études.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Cet amendement est satisfait. En effet, les ARS disposent d'outils leur permettant de promouvoir la vaccination contre les méningites et de prendre en charge le coût des vaccins, et elles se sont largement emparées de cette possibilité : voyez la récente campagne des ARS de Bretagne, de Bourgogne ou du Centre. Je ne suis pas certaine qu'un rapport améliorerait la situation. Je vous demande donc de bien vouloir retirer l'amendement.

*L'amendement est retiré.*

**Article 46 :** *Transfert à l'ONDAM du financement des établissements et services d'aide par le travail*

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

**Article 47 :** *Financement des établissements et services médico-sociaux*

*La Commission examine les amendements AS398 et AS396 de Mme Joëlle Huillier, rapporteure pour le secteur médico-social, AS300 et AS299 de M. Francis Vercamer et AS397 de la rapporteure pour le secteur médico-social qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.*

**Mme Joëlle Huillier, rapporteure pour le secteur médico-social.** Je présenterai en même temps mes amendements AS398, AS396 et AS397.

L'article 47 prévoit de généraliser les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) à tous les établissements pour personnes handicapées, qu'ils accueillent des enfants ou des adultes. Pour ce faire, il modifie la rédaction actuelle de l'article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, qui rend les CPOM obligatoires pour une série d'établissements et services très différents.

Or les CPOM ne devaient être obligatoires que pour des établissements dépassant une certaine masse critique – laquelle était censée être définie par un décret que l'on attend toujours, tant la tâche est ardue. Je propose donc de clarifier la situation comme suit.

Les CPOM seront désormais obligatoires pour l'ensemble des établissements accueillant des personnes handicapées. Comme je l'ai évoqué lors de l'audition de Mme la ministre, la rédaction proposée par le Gouvernement a écarté les Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ; c'est un oubli que je propose de corriger par l'amendement AS396.

Je propose également d'introduire un état prévisionnel des recettes et des dépenses afin de donner une image fidèle de la situation budgétaire et financière des établissements et

services à moyen terme. L'objectif est de veiller à la fiabilité des prévisions financières. C'est le sens de l'amendement AS398.

Enfin, s'ils le souhaitent, les départements pourront être associés à la définition du calendrier de déploiement des CPOM. Il arrive en effet qu'ils aient leur part de responsabilité financière s'agissant des établissements pour handicapés. Il serait donc bon que la possibilité de signer les CPOM ne soit pas réservée aux ARS, mais étendue aux départements qui le désirent. Tel est l'objet de l'amendement AS397.

**M. Arnaud Richard.** Nous proposons pour notre part d'étendre les CPOM aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT), par l'amendement AS300, et aux structures d'accompagnement des publics souffrant d'addiction, par l'amendement AS299.

**Mme Joëlle Huillier, rapporteure.** Le premier de ces deux amendements devrait tomber si les miens sont adoptés. Je vous demande donc de le retirer.

Quant à l'amendement AS299, l'article ne porte que sur les établissements pour handicapés. Il ne saurait donc mentionner les structures d'accompagnement des malades souffrant d'addiction, qui relèvent d'ailleurs souvent des seules ARS. Avis défavorable.

**Mme Bérengère Poletti.** L'article transfère le financement des ESAT du projet de loi de finances (PLF) au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), dans le cadre de l'ONDAM médico-social. C'est un dispositif très lourd qui va coûter cher au budget de la sécurité sociale, dans un contexte difficile puisque les ESAT sont presque tous déficitaires.

**M. Jean-Pierre Barbier.** La généralisation des CPOM répond à un objectif louable, mais risque de créer des difficultés, surtout pour les départements : leurs recettes sont aujourd'hui menacées, de sorte qu'il paraît délicat de formuler des prévisions pour plusieurs années. On risque aussi de figer des états de fait alors que certains établissements auraient tout intérêt à mutualiser, voire à fusionner. Le cas des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'Isère le montre bien.

**Mme Martine Carrillon-Couvreur.** Au contraire, les CPOM vont donner aux établissements, lesquels en sont souvent demandeurs, un cadre de discussion qui leur permettra de gérer de manière bien plus souple leurs équipements ou leur transformation. C'est un bon outil. Loin de figer les choses, il facilite la prévision pluriannuelle et la discussion.

**Mme Joëlle Huillier, rapporteure.** Je rappelle que la signature par le conseil départemental n'est pas obligatoire. Mme Carrillon-Couvreur a raison : avec le CPOM, il ne s'agit pas seulement de tarification, mais aussi et surtout d'objectifs ; or, un objectif, cela se négocie.

*La Commission adopte successivement les amendements AS398 et AS396.*

*En conséquence, les amendements AS300 et AS299 tombent.*

*Puis la Commission adopte l'amendement AS397.*

*Elle adopte ensuite l'article 47 modifié.*

## **Après l'article 47**

*La Commission est saisie de l'amendement AS377 de la rapporteure.*

**Mme Joëlle Huillier, rapporteure.** Cet amendement demande un rapport au Gouvernement afin d'obtenir de l'exécutif des propositions permettant de mettre fin à une situation anormale : certains dispositifs sanitaires ne sont pas pris en charge dans le cadre du forfait soins en EHPAD.

Je pense notamment aux pompes à morphine : ce traitement entièrement pris en charge à domicile ou à l'hôpital ne l'est au sein d'un EHPAD qu'en fonction du forfait médicalisé, total ou partiel, dont bénéficie l'établissement. Quelque 200 patients sont concernés ; certains en sont réduits à quitter l'EHPAD pour l'hôpital afin de pouvoir être traités contre la douleur, ce qui entraîne une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie, alors que le traitement pourrait être pris en charge au titre des tarifs dérogatoires dans les EHPAD.

J'ai déposé un amendement demandant la prise en charge totale de ces traitements ; il a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40, ce que je ne comprends pas. Le présent amendement est donc un amendement de repli.

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

## **Chapitre III**

### **Poursuite de la réforme du financement des établissements**

**Article 48 :** *Report de la réforme de la participation financière de l'assuré aux frais d'hospitalisation*

*La Commission examine les amendements identiques AS10 de M. Jean-Pierre Door, AS128 de Mme Valérie Boyer, AS184 de M. Bernard Accoyer et AS297 de M. Francis Vercamer.*

**M. Jean-Pierre Door.** L'article 48 reporte à 2020 la réforme du calcul du tarif journalier de prestation (TJP) à l'hôpital. Lorsque la tarification à l'activité a été instaurée, un dispositif transitoire a permis aux établissements publics de continuer à calculer le ticket modérateur réglé par l'assuré ou sa complémentaire sur la base du TJP, plutôt qu'à partir du groupe homogène de séjour (GHS) en vigueur dans les autres établissements de santé. Cette situation devait prendre fin en 2015.

Concrètement, les hôpitaux publics fixent eux-mêmes, en accord avec les ARS, le montant du TJP. Ce dispositif a été dénoncé par de nombreuses personnes, en particulier par les associations de patients.

Voilà pourquoi nous proposons de supprimer cet article et de laisser le dispositif s'éteindre fin 2015, comme initialement prévu.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS128 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** L'article 48, particulièrement choquant, illustre une nouvelle fois le refus gouvernemental de procéder à des réformes de structure. On préfère prolonger pour cinq ans un dispositif improvisé qui ne coûte pas moins de 1 milliard d'euros aux

complémentaires ou aux personnes hospitalisées. En outre, la fixation du ticket modérateur est laissée à l'appréciation des seuls établissements hospitaliers publics ; or les variations sont considérables – de 1 à 6, voire 7 ! Rien ne justifie le maintien de ce régime, sinon, je le répète, le refus d'opérer des ajustements indispensables dans le parc hospitalier public français.

**M. Francis Vercamer.** Le Gouvernement prend moins de gants avec le médicament qu'avec les établissements hospitaliers : voilà qu'un régime transitoire instauré en 2003 et qui devait prendre fin en 2015 est prolongé jusqu'en 2020. Les TJP varient d'un établissement à l'autre, d'une région à l'autre, et le reste à charge pour les patients peut être extrêmement élevé. L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé, créé par *60 millions de consommateurs*, a dénoncé cette situation à plusieurs reprises, faisant valoir que ces tarifs servent de variable d'ajustement au budget de l'hôpital.

Le Gouvernement aurait eu le temps de prendre des mesures structurelles pour l'hôpital ; il ne l'a pas fait, il a supprimé la convergence tarifaire et s'est refusé à faire rentrer dans le rang les établissements hospitaliers. Cela suffit !

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Ce sujet est bien connu ; je ne m'y attarderai donc pas. La reconduction du dispositif s'explique par deux raisons : l'impossibilité pour les établissements d'établir une facturation individuelle directe à partir des tarifs nationaux, car cela demanderait des outils qui ne sont pas encore déployés, et l'effet financier pour les établissements d'une modification de l'assiette de calcul du ticket modérateur. Je vous renvoie à mon rapport pour plus de détails.

Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

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

### **Après l'article 48**

*La Commission est saisie de l'amendement AS29 de M. Dominique Tian.*

**Mme Valérie Boyer.** La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a reporté de 2016 à 2018 la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Ce report est incompréhensible, pour deux raisons principales.

Premièrement, ce dispositif est un outil de transparence : eu égard aux modalités de financement des établissements de santé, ce qui permet à l'assurance maladie d'être plus efficace et efficiente dans la réalisation de ses contrôles ; mais aussi du point de vue de la mise en œuvre de parcours de soins, car celle-ci requiert un suivi des prises en charge, lesquelles doivent donc pouvoir être retracées par les organismes d'assurance maladie.

Deuxièmement, on peut s'interroger sur l'efficacité de l'allocation des ressources allouées au développement du projet FIDES dans le cadre du programme Hôpital numérique, pour un montant de 400 millions d'euros.

Les effets bénéfiques de la facturation individuelle des établissements de santé sont constatés sur la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière. Il est d'autant plus regrettable de reporter la généralisation de l'expérimentation uniquement parce que certains

établissements participant à l'expérimentation sont incapables d'adapter leur système d'information, comme l'indiquait en 2012 le rapport au Parlement relatif au projet FIDES.

Le Gouvernement disposait de quatre ans pour réaliser l'expérimentation puis la généraliser. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu un nouveau délai de quatre ans pour mettre en œuvre le projet, qui a vocation à contribuer à la transparence des finances sociales dans notre pays et à leur rationalisation.

Le présent amendement permet à l'ensemble des établissements de santé de bénéficier de la mise en œuvre de la facturation individuelle des établissements de santé dès 2016.

Le recul du Gouvernement sur ce sujet est incompréhensible.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Pour répondre à cette demande répétée, j'ai une bonne nouvelle : la facturation au fil de l'eau sera applicable aux actes et consultations externes dès le 1<sup>er</sup> janvier prochain. S'agissant des séjours, les travaux ont conclu à l'impérieuse nécessité de déployer au préalable, là aussi, des outils informatiques adaptés. En effet, la facturation au fil de l'eau rend incontournables le maniement et la transmission sous format numérique d'un nombre important de factures à gérer, ce qui implique une mise à niveau de l'infrastructure informatique des établissements.

La généralisation de la facturation au fil de l'eau au 1<sup>er</sup> janvier 2016 paraît tout à fait prématurée. Soyons pragmatiques.

Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

**Article 49 : Réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation**

*La Commission examine l'amendement AS322 de M. Francis Vercamer.*

**M. Arnaud Richard.** L'article 49 procède à une réforme du financement de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui est ambitieuse, mais floue et non sans zones d'ombre.

En effet, le nouveau modèle de financement reposera sur des fractions de tarifs nouveaux qui ne sont pas encore définis, pondérés par un coefficient prudentiel dont la valeur est encore inconnue, ainsi que sur le remboursement de spécialités pharmaceutiques en sus de prestations d'hospitalisation, également pondéré par un coefficient à déterminer, et auquel il convient d'ajouter des remboursements complémentaires par forfaits et dotations. Que ceux qui ont compris lèvent le doigt !

En outre, ce modèle n'a fait l'objet d'aucune simulation ni étude d'impact financière, ce qui pose un problème de constitutionnalité, puisque toute nouvelle dépense doit normalement donner lieu à une telle étude d'impact.

Nous proposons donc d'expérimenter la réforme afin que la représentation nationale dispose d'une évaluation de ses conséquences avant qu'elle ne soit déployée sur tout le territoire.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Monsieur le député, je vous renvoie à la page 344 de l'étude d'impact.

**M. Arnaud Richard.** On n'y trouve aucun chiffre !

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Mais si : voyez le tableau !

Quoi qu'il en soit, rendre le dispositif expérimental reviendrait à reporter une réforme attendue depuis longtemps.

En tout état de cause, l'entrée en vigueur du dispositif est prévue pour 2017. L'année 2016 sera donc une année blanche qui sera mise à profit pour élaborer une simulation des « effets revenus » de la réforme : votre demande est donc satisfaite. Cette simulation permettra de calibrer la mise en œuvre de la nouvelle tarification et d'éviter ainsi une déstabilisation des structures.

Enfin, du point de vue légistique, votre amendement s'articule mal avec les dispositions transitoires qui prévoient une entrée en vigueur en 2017. On ne peut voter ainsi deux mesures contradictoires.

Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS49 de M. Dominique Tian, AS66 de M. Jean-Pierre Door et AS185 de M. Bernard Accoyer.*

**Mme Valérie Boyer.** L'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation est constitué des charges supportées par l'assurance maladie au titre des frais d'hospitalisation.

La solidarité nationale prenant en charge les frais d'hospitalisation des patients admis en soins de suite et de réadaptation, le montant de l'objectif des dépenses d'assurance maladie doit être déterminé sur la base des seuls coûts générés par les établissements de santé pour l'exercice de leurs activités de soins.

L'amendement AS49 vise donc à indexer les charges supportées par l'assurance maladie sur celles supportées par les établissements de santé au titre des hospitalisations en soins de suite et de réadaptation.

**M. Jean-Pierre Door.** L'amendement AS66 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** La réforme de la tarification des soins de suite et de réadaptation soulève un problème d'inéquité entre les secteurs public et privé, puisqu'il est prévu un socle et une forme de rémunération à l'activité. Une nouvelle fois, le Gouvernement renonce à réformer le secteur public. Cela aura évidemment un coût et de graves conséquences. D'où mon amendement AS185.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Cette précision ne relève pas de la loi, mais du domaine réglementaire. Aux termes de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale, les éléments pris en considération pour déterminer l'objectif de dépenses des activités de SSR seront précisés par décret en Conseil d'État. Je vous renvoie à cet effet à mon rapport.

Il est notamment précisé que les principes de construction sont calqués sur l'objectif de dépenses de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Le décret devrait prévoir la prise en considération de plusieurs paramètres, ce qui inclut l'évaluation des charges des établissements, comme c'est d'ailleurs déjà le cas dans le champ du MCO.

Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle aborde ensuite les amendements identiques AS67 de M. Jean-Pierre Door, AS167 de Mme Valérie Boyer et AS225 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Perrut.** Dans un souci de transparence de l'affectation des financements de la sécurité sociale, il faut distinguer au sein de l'objectif des dépenses d'assurance maladie l'ensemble des compartiments qui le composent. Or le projet de loi n'en distingue que deux : celui relatif à la liste des spécialités pharmaceutiques et celui qui concerne la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale.

L'identification des différents compartiments permettrait de mieux contrôler l'exécution de l'objectif des dépenses et garantirait aux établissements de santé une meilleure prévisibilité de l'affectation des financements aux divers compartiments.

**Mme Valérie Boyer.** Il importe que la loi distingue les compartiments, pour la visibilité et la clarté des dépenses d'assurance maladie.

**M. Bernard Accoyer.** L'amendement AS225 est défendu.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Avis défavorable.

La distinction, au sein de l'objectif de dépenses de SSR (ODSSR), des parts afférentes à la liste en sus ou aux dotations affectées au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) répond à une exigence particulière : la maîtrise des dépenses.

Le montant affecté à la dotation modulée à l'activité est déterminé sur la base de l'ODSSR, duquel seront défalquées les enveloppes de la liste en sus et de la dotation MIGAC. De fait, la part des recettes calculées sur l'activité peut être très facilement déduite. Votre demande est donc satisfaite.

J'aimerais souligner ici le caractère vertueux de la détermination de l'ODSSR : pour éviter de reporter les charges sur la dotation modulée à l'activité, on définit deux enveloppes fermées. Je rappelle par exemple que la liste en sus du champ SSR a vocation à être financée sur une enveloppe fermée et fait l'objet d'un coefficient prudentiel pour éviter toute dérive.

Ce mécanisme n'existe pas dans le champ MCO, et on peut le regretter. Les derniers états des comptes sociaux justifient que l'on distingue une enveloppe fermée au sein de l'ODSSR. En effet, le dynamisme particulier des dépenses relevant de la liste en sus du champ MCO résulte de l'absence de mécanisme de contrôle.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle est saisie des amendements identiques AS129 de Mme Valérie Boyer, AS154 de M. Jean-Pierre Door, AS187 de M. Bernard Accoyer et AS318 de M. Francis Vercamer.*

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS129 se justifie par les mêmes raisons que mon précédent amendement. C'est une question d'équité.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette les amendements.*

*Elle aborde ensuite les amendements identiques AS69 de M. Jean-Pierre Door, AS130 de Mme Valérie Boyer et AS188 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Jean-Pierre Door.** L'étude nationale des coûts (ENC) présente des difficultés méthodologiques, notamment le manque de représentativité de certaines prises en charge et l'absence de distinction entre prises en charge spécialisées et polyvalentes. Le Gouvernement, conscient de ces lacunes, entend engager des travaux pour améliorer cette méthodologie. Cependant, leurs orientations ne garantissent pas que nous disposerons d'une méthode fiable pour la fin 2016.

Par conséquent, l'amendement AS69 tend à supprimer la référence inutile à l'étude nationale des coûts. Cette suppression n'interdirait pas de recourir à l'ENC en tant que de besoin, mais éviterait au législateur de renvoyer de manière systématique à un outil d'analyse des coûts qui présente de nombreux biais méthodologiques, ce qui entraîne des risques inflationnistes difficiles à appréhender.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS130 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** L'amendement AS188 également.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Les arguments avancés me semblent spécieux : si l'ENC se heurte à des difficultés méthodologiques, c'est parce que de nombreux établissements, publics comme privés, refusent d'y participer. Le présent projet de loi remédie à ce problème, principalement par l'article 51, qui vise à rendre plus fiables les données issues de l'ENC en donnant à l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) les leviers nécessaires à la constitution d'un ensemble d'établissements représentatifs ; et, subsidiairement, en opérant un lien entre tarification et ENC pour le champ SSR. Comment, en effet, les établissements de santé se sentiraient-ils concernés par l'ENC si ce lien est supprimé ?

Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle aborde les amendements identiques AS71 de M. Jean-Pierre Door, AS131 de Mme Valérie Boyer et AS189 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Perrut.** L'amendement AS71 tend à créer un coefficient de spécialité qui tiendra compte des différents niveaux de charge supportés par les établissements spécialisés prenant en charge les cas les plus lourds et devant disposer de moyens techniques adaptés.

En effet, les fractions de tarifs perçus par les établissements de santé ne tiennent pas compte de ces variations de coûts en fonction de la spécialisation des prises en charge. Ainsi, un patient souffrant d'une affection de l'appareil locomoteur pourra être hospitalisé dans un établissement de soins de suite et de réadaptation soit polyvalent, soit spécialisé dans cette affection. Or le mécanisme de tarification que prévoit le projet de loi n'implique aucune distinction tarifaire entre ces deux modalités, bien que les établissements spécialisés soient soumis à des contraintes techniques supplémentaires, donc plus coûteuses.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS131 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** L'amendement AS189 également.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** La création d'une dotation forfaitaire pour les plateaux techniques spécialisés satisfait ces amendements.

Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle est saisie des amendements identiques AS72 de M. Jean-Pierre Door, AS132 de Mme Valérie Boyer et AS190 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Denis Jacquat.** L'amendement AS72 a pour objectif de supprimer la mesure prévoyant que la fixation des tarifs nationaux des prestations puisse être différente selon la catégorie d'établissements.

En effet, l'activité de SSR est régie par un cadre réglementaire commun à l'ensemble des catégories d'établissements, quel que soit le statut juridique dont il relève.

En outre, dans son rapport de 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a mis en exergue la difficulté de distinguer les différentes catégories d'établissements en termes de lourdeur de prises en charge de patients.

Par ailleurs, aucune étude ou rapport officiel ne permet de mettre en évidence l'existence d'un possible différentiel de charge, objectivé en fonction des statuts juridiques des établissements de SSR.

De fait, une telle différenciation des tarifs de prestation par catégories d'établissements engendrera une inflation des dépenses à la charge de l'assurance maladie et sanctuarisera les variations de coût au lieu d'inciter les établissements de santé à améliorer l'efficacité de leurs prises en charge en SSR.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS132 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** L'amendement AS190, qui souligne l'inégalité qui existe entre les établissements en raison des dispositions de l'alinéa 45, propose de supprimer cette injustice.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Ce texte reprend une disposition analogue applicable aux activités de MCO. Au même titre que pour ces activités, cette rédaction donne la possibilité, et non l'obligation, d'avoir des tarifs distincts selon le secteur d'activité, afin de prendre en compte les dynamiques propres à chaque secteur. L'ENC que vous vouliez

supprimer permettra d'objectiver davantage les écarts de coûts s'ils existent ou de remettre en question des idées reçues sur l'absence d'écarts. De fait, le dispositif répond à vos inquiétudes et à vos demandes. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS73 de M. Jean-Pierre Door, AS133 de Mme Valérie Boyer et AS191 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Jean-Pierre Door.** L'objectif des dépenses d'assurance maladie pour les SSR est commun à l'ensemble des établissements publics et privés. De manière discriminatoire, certains établissements de santé devront consentir à des efforts plus importants que d'autres afin de respecter cet objectif, alors qu'ils sont soumis au même cadre réglementaire et qu'aucun rapport ne vient étayer l'existence d'un quelconque différentiel de charge, ainsi que la Cour des comptes l'avait mis en exergue en 2012.

Le présent amendement vise à supprimer la possibilité de différencier le coefficient prudentiel en fonction des catégories d'établissements, car elle constitue une rupture manifeste d'égalité entre les différentes catégories de structures, sans aucune forme de justification. C'est encore une différence que l'on instaure entre le secteur public et le secteur privé.

**Mme Valérie Boyer.** Mon amendement est identique, mais je voudrais souligner le caractère purement idéologique d'une telle disposition qui marque une distinction entre les établissements publics et les établissements privés. Dans tous les cas, il s'agit d'argent public. Par souci d'équité, il faudrait évoluer en la matière.

**M. Bernard Accoyer.** C'est une nouvelle discrimination de parti pris dont on sait qu'elle va stigmatiser l'hospitalisation privée qui, de surcroît, coûte moins cher que l'hospitalisation publique. Franchement, on se demande comment le Gouvernement entend pérenniser le système d'hospitalisation et, dans le cas présent, le système de SSR.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Ne voyez pas tout en noir : il ne s'agit que d'une possibilité. Vérification faite auprès des services du ministère de la santé, cette possibilité n'a jamais été utilisée s'agissant des activités de MCO, ce qui devrait vous rassurer. Vos craintes me semblent infondées. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle en vient aux amendements identiques AS75 de M. Jean-Pierre Door, AS134 de Mme Valérie Boyer, AS249 de M. Bernard Accoyer et AS317 de M. Francis Vercamer.*

**M. Jean-Pierre Barbier.** Le projet de loi instaure une liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en sus des prestations d'hospitalisation, à l'instar de ce qui existe dans le secteur du court séjour pour les activités de MCO.

Les dépenses afférentes aux spécialités pharmaceutiques constituent un enjeu financier important dans le contexte actuel de réduction des déficits de la branche maladie du régime général de sécurité sociale, rendant nécessaire la mobilisation de l'ensemble des acteurs.

Le présent amendement vise à renforcer la visibilité des spécialités pharmaceutiques remboursables en sus des prestations d'hospitalisation, tant pour les établissements amenés à les prescrire que pour les organismes de sécurité sociale qui les remboursent.

Il propose que les organisations nationales les plus représentatives des établissements de SSR soient consultées sur la liste initiale des spécialités pharmaceutiques remboursables en sus des prestations d'hospitalisation, et que ladite liste, rendue opposable, soit régulièrement tenue à jour afin de garantir une efficacité dans l'usage de ces spécialités pharmaceutiques en permettant l'ajustement en temps réel des prescriptions et des remboursements induits.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS134 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** De même que l'amendement AS249.

**M. Arnaud Richard.** Notre collègue a très bien défendu cet amendement qui prévoit de demander l'avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de SSR avant de dresser cette liste.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Il s'agit d'une disposition d'ordre réglementaire. Du reste, elle existe dans le champ des activités de MCO. Il ne paraît donc pas nécessaire d'alourdir le processus. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS162 de M. Jean-Pierre Door, AS165 de Mme Valérie Boyer, AS192 de M. Bernard Accoyer et AS316 de M. Francis Vercamer.*

**M. Jean-Pierre Barbier.** Nous souhaitons compléter l'alinéa 53 par la phrase suivante : « Cette liste est tenue à jour des modifications d'autorisation de mise sur le marché et est opposable aux établissements de santé et aux organismes de sécurité sociale. »

**Mme Valérie Boyer.** Cet amendement de clarification tend à faire en sorte que tous les acteurs soient clairement associés à la gestion de cette fameuse liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en plus des prestations d'hospitalisation, comme ce qui prévaut dans le secteur du court séjour, c'est-à-dire pour les activités de MCO.

**M. Bernard Accoyer.** L'amendement AS192 est défendu.

**M. Francis Vercamer.** L'amendement AS316 l'est également.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Du fait même qu'il s'agit d'un arrêté, la liste est opposable. L'amendement est satisfait.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle en vient aux amendements identiques AS76 de M. Jean-Pierre Door, AS135 de Mme Valérie Boyer et AS193 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Jean-Pierre Door.** Nous souhaitons associer les organisations nationales les plus représentatives des établissements de SSR à l'élaboration de la liste prévue par l'article L. 162-23-7 nouveau, afin que tous les établissements de santé aient la même vision des

critères à prendre en compte pour définir les plateaux techniques. Lorsque l'on aura défini les plateaux techniques spécialisés et élaboré cette liste limitative, il restera l'enjeu essentiel de la réforme du financement, puisqu'il faudra financer les charges non couvertes par les tarifs.

**Mme Valérie Boyer.** Cet amendement a en effet pour objet d'associer les organisations nationales représentatives des établissements à l'élaboration de la liste dont nous venons de parler. Il s'agit de faire en sorte que tous les établissements de santé aient les mêmes critères pour définir les plateaux techniques.

**M. Bernard Accoyer.** L'amendement AS193 est défendu.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Il s'agit d'une disposition d'ordre réglementaire qui n'a donc pas lieu de figurer dans la loi. Il me paraît toutefois évident que les fédérations hospitalières représentatives seront consultées pour l'élaboration de la liste et avant la promulgation du règlement.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS77 de M. Jean-Pierre Door, AS136 de Mme Valérie Boyer et AS194 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Perrut.** Il s'agit de supprimer expressément la référence législative aux communautés hospitalières de territoire (CHT) que le projet de loi de modernisation du système de santé prévoit de supprimer. Il s'agit d'une mise en cohérence des dispositions législatives en discussion. Il est préférable de laisser au pouvoir réglementaire le soin de prévoir, en tant que de besoin, le financement des CHT.

**Mme Valérie Boyer.** Je voudrais insister sur la cohérence qu'il y a à supprimer ces références. Une telle suppression participerait à l'effort de simplification du texte que vous appelez de vos vœux.

**M. Bernard Accoyer.** L'amendement AS194 est défendu.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Ce point ne m'a pas échappé. Je me suis assurée que le dispositif serait toiletté *via* l'ordonnance d'application du projet de loi de modernisation de notre système de santé. J'émetts cependant un avis défavorable pour être fidèle à ma demande au ministère.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle en vient aux amendements identiques AS78 de M. Jean-Pierre Door, AS137 de Mme Valérie Boyer et AS196 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Jean-Pierre Door.** Le présent amendement tend à supprimer la référence au financement des missions de recours dévolues à certains établissements, au titre des MIGAC. En effet, les établissements de santé autorisés à exercer l'activité de SSR peuvent assurer un rôle d'expertise ou de recours, conformément au code de la santé publique. Nous souhaitons maintenir le caractère général de la mission d'expertise et de recours des établissements de SSR, afin de ne pas rendre caduques les actions engagées sur la base de ce même article du code de la santé publique.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS137 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** L'amendement AS196, qui vise à supprimer la fin de l'alinéa 63, souligne les problèmes posés par les MIGAC dont la répartition et l'utilisation sont souvent surprenantes. Elles sont pratiquement réservées aux établissements d'hospitalisation publique, ce qui montre la défiance du Gouvernement à l'égard de l'hospitalisation privée.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Comme indiqué dans le commentaire de l'article, cette catégorie renvoie à diverses missions dites d'enseignement, de recherche, de référence et d'expertise, dont l'éligibilité est basée sur des appels à projets nationaux. Je vous renvoie à l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS79 de M. Jean-Pierre Door, AS138 de Mme Valérie Boyer et AS197 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Denis Jacquat.** La directive 2004/18/CE et la directive 2014/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics et abrogeant la directive 2004/18/CE prévoient que, en matière de service de santé, la sélection des opérateurs doit respecter les règles de transparence et d'égalité de traitement. Il serait donc incompréhensible que les missions d'intérêt général, faisant l'objet d'un financement au titre de la dotation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 162-23 nouveau du code de la sécurité sociale, échappent aux règles de mise en concurrence.

Cet amendement vise donc à rétablir les règles de transparence et d'égalité de traitement entre les établissements de santé, permettant de garantir l'efficacité des dépenses de l'assurance maladie.

**Mme Valérie Boyer.** Je voudrais insister sur l'intérêt d'appliquer les textes européens. Cet amendement propose de rétablir les règles de transparence et d'égalité de traitement entre les établissements de santé. Nous ne désespérons pas de parvenir à un résultat sur ce point. Il propose de la cohérence tout en garantissant l'efficacité des dépenses de l'assurance maladie grâce au respect des règles de mise en concurrence prévues pour les MIGAC qui font l'objet d'un financement au titre de la dotation prévue dans le nouveau code de la sécurité sociale. Si nous pouvions atteindre cet objectif de simplification, de cohérence et d'égalité de traitement, nous pourrions aller nous coucher heureux.

**M. Bernard Accoyer.** Pour une enveloppe de 10 milliards d'euros, il peut paraître surprenant que la mise en concurrence soit ainsi écartée. On se demande où se trouve la logique de la maîtrise de la dépense et de l'équité entre les établissements.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** La délégation de toute dotation doit s'effectuer en respectant les règles de transparence et de stricte égalité entre établissements de santé, afin d'éviter toute discrimination non justifiée. Ces critères ne renvoient pas nécessairement à des appels publics à la concurrence, car il peut y avoir incompatibilité par nature avec certaines missions. À l'intention de Mme Boyer, je signale que le droit communautaire n'oblige pas les États membres à procéder à de tels appels dans le cadre de dotations s'apparentant à des aides d'État. La seule obligation est de pouvoir justifier de l'attribution des dotations et du respect du principe d'égalité de traitement. Pour ces raisons, j'émet un avis défavorable à ces amendements.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS314 de M. Francis Vercamer.*

**M. Francis Vercamer.** Cet amendement tend à renforcer le contrôle du Parlement sur la répartition financière et géographique de la dotation affectée aux financements des MIGAC, propres aux activités de soins de suite et de réadaptation.

En effet, l'article 49 prévoit que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des missions financées par cette nouvelle dotation modulée à l'activité, afin de garantir le contrôle de la répartition de cette dotation. Cet amendement prévoit que les ministres présentent chaque année au Parlement un rapport précisant la répartition financière et géographique de cette dotation.

Je rappelle que certaines directives prévoient que, en matière de services de santé, la sélection des opérateurs doit respecter les règles de transparence et d'égalité de traitement. Si nous voulons nous en assurer, nous devons être en mesure d'en prendre connaissance.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** L'amendement est satisfait par l'alinéa 76 qui prévoit la remise d'un rapport, avant le 15 septembre de chaque année, portant sur les dotations MIGAC des activités MCO et SSR. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS80 de M. Jean-Pierre Door, AS139 de Mme Valérie Boyer et AS198 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Jean-Pierre Door.** Il serait incompréhensible que les missions d'intérêt général échappent aux règles de mise en concurrence. Or le directeur général de l'ARS ne peut pas librement fixer le montant de la dotation annuelle de financement, sans référence aux critères préalablement établis dans le cadre d'un appel public à la concurrence. Cet amendement vise donc à rétablir les règles de transparence et d'égalité de traitement entre les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, permettant de garantir l'efficacité des dépenses de l'assurance maladie.

**Mme Valérie Boyer.** J'y insiste : nous souhaitons voir respecter les règles de concurrence, notamment celles qui sont prévues par les textes européens. L'amendement AS139 vise donc à rétablir les règles de transparence et d'égalité de traitement entre les établissements de santé. Il faut garantir l'efficacité des dépenses de l'assurance maladie.

**M. Bernard Accoyer.** Nous avons tout notre temps lorsqu'il s'agit de défendre la transparence et l'équité. C'est pour cette raison que je prends la parole, même s'il s'agit d'un amendement identique aux précédents.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Dans mon argumentaire concernant la précédente série d'amendements identiques, j'ai répondu à vos interrogations, notamment à celles de Mme Boyer sur la réglementation européenne. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS100 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**Mme Jacqueline Fraysse.** L'article 49 a pour objet de réformer dès 2017 le financement des SSR. Il présente l'avantage de porter une attention particulière à ces soins et de les mettre au cœur de la stratégie de santé en raison du vieillissement de la population et de l'explosion des maladies chroniques.

Le rapport met en évidence l'hétérogénéité des structures et des modes de financement des SSR, et la nécessité de revoir ces derniers. Cependant, plusieurs questions restent posées. Tout d'abord, il faudrait vérifier les différences de financement entre public et privé, car les établissements n'accueillent pas forcément le même type de patients. Ensuite, il faudrait mesurer les différences qui tiennent aux spécialités des établissements : certains d'entre eux accueillent des patients qui ont fait un accident vasculaire cérébral (AVC), d'autres des malades qui subissent une chimiothérapie, etc. Enfin, nous nous inquiétons du renforcement du rôle des ARS qui mérite d'être strictement encadré : elles décideront chaque année de la dotation attribuée aux établissements.

Il nous semble donc raisonnable d'avancer de manière structurée. Par le biais de cet amendement, nous proposons que la réforme soit mise en œuvre à titre expérimental pour une durée de deux ans avant d'être étendue à la totalité des établissements.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** L'année 2016 sera une année blanche, mise à profit pour élaborer une simulation des effets de la réforme. Au cours de la deuxième année d'application, la montée en charge sera très progressive. Cette manière de procéder montre la convergence de nos préoccupations. Ce n'est pas une expérimentation, car la réforme du financement des activités SSR est très attendue, mais nous serons en mesure de tirer les leçons des premières simulations. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS81 de M. Jean-Pierre Door, AS140 de Mme Valérie Boyer, AS199 de M. Bernard Accoyer et AS313 de M. Francis Vercamer.*

**M. Bernard Perrut.** Cet amendement a pour objectif de supprimer la mesure discriminatoire prévoyant qu'à titre transitoire les fractions de tarifs de prestation perçus par les établissements de SSR pourront être différenciées en fonction de leur catégorie. Nous proposons de supprimer l'alinéa 114 de l'article 49.

**Mme Valérie Boyer.** La distinction entre les fractions de tarifs de prestations perçues par les établissements de SSR est discriminatoire et injustifiée. Il s'agit d'un problème d'équité et d'efficacité comptable. L'adoption de ces amendements identiques nous permettrait d'entrer dans un cercle vertueux et de traiter équitablement les établissements, quel que soit leur statut.

**M. Bernard Accoyer.** Tout a été dit.

**M. Francis Vercamer.** L'amendement AS313 est défendu.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** La réforme de la tarification est progressive. C'est au bénéfice des cliniques privées qui ne peuvent pas passer facilement d'un mode de financement à un autre, qui plus est lorsque cela implique deux secteurs qui ne répondent pas

aux mêmes règles de financement. Madame Boyer, supprimer cette disposition reviendrait à porter préjudice aux établissements privés que vous voulez soutenir. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle en vient aux amendements identiques AS82 de M. Jean-Pierre Door, AS141 de Mme Valérie Boyer et AS200 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Jean-Pierre Door.** Au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2022, la réforme instaurée prévoit que seule une fraction de ces tarifs nationaux de prestations sera allouée à l'établissement. Pour y parvenir, un coefficient de transition est institué à compter du 1<sup>er</sup> mars 2017 pour chaque établissement de santé. Or la valeur de ce coefficient est fixée par le seul directeur général de l'ARS. Le présent amendement propose que la décision du directeur général de l'ARS fixant le coefficient de transition des établissements de santé soit motivée et publiée, compte tenu de l'impact de la valeur retenue pour ce coefficient de transition sur les recettes de l'établissement. Il paraît légitime que ce dernier soit destinataire des motifs qui ont présidé à sa détermination et que tout soit transparent.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS141 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** Comme l'amendement AS200.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Une fois encore, il s'agit d'une disposition d'ordre réglementaire. Le dispositif suit les mêmes règles que celui qui s'applique aux activités MCO. La fixation du coefficient fera bien l'objet d'un arrêté qui sera publié, comme vous le souhaitez, au recueil des actes administratifs. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle en vient aux amendements identiques AS34 de M. Dominique Tian et AS83 de M. Jean-Pierre Door.*

**Mme Valérie Boyer.** À plusieurs reprises, l'IGAS a mis en lumière la complexité des différentes procédures d'inspection et de contrôle des établissements de santé et la perfectibilité du cadre légal et réglementaire.

Le projet de loi institue une action en répétition d'indu en cas d'anomalies constatées dans les données transmises par les établissements de santé assurant une activité de SSR.

L'amendement AS34 propose de renvoyer, pour l'application de ces dispositions, à la procédure décrite à l'article L. 133-4 du code de la Sécurité sociale qui préserve les droits garantis aux établissements concernés dans le recouvrement des sommes qui pourraient avoir été indûment versées.

Cette procédure de recouvrement impose une obligation de motivation spéciale aux organismes chargés du recouvrement, qui doivent préciser la cause, la nature et le montant des sommes réclamées, ainsi que la date du versement indu. Elle se justifie d'autant plus qu'elle est déjà mise en œuvre pour les factures relatives aux molécules onéreuses et à la tarification à l'activité en court séjour.

**M. Bernard Perrut.** L'amendement AS83 est défendu.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Je vais faire une réponse plus ample que précédemment et qui vaut aussi pour la série d'amendements identiques à venir.

La phase transitoire vise à permettre la mise en place d'une facturation individuelle et directe des établissements publics et privés non lucratifs à la CPAM de leurs circonscriptions. Il ne s'agit ni plus ni moins que d'étendre la facturation au fil de l'eau à ces établissements. Or, à ce jour, ils ne disposent pas des outils informatiques nécessaires pour y parvenir.

La facturation au fil de l'eau, *via* le projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), a vocation à s'appliquer aux actes et consultations externes du secteur MCO au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Elle sera applicable aux séjours MCO en 2018 et, pour le secteur SSR, en 2020.

Il faut instaurer une évolution progressive du circuit de facturation et permettre à l'assurance maladie de digérer les charges qu'elle occasionne.

À terme, ce sont bien les règles de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale qui s'appliqueront. Dans l'attente, et compte tenu du circuit de facturation actuelle, il convient de prévoir des règles adaptées qui garantissent une procédure contradictoire. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS164 de M. Jean-Pierre Door, AS166 de Mme Valérie Boyer et AS201 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Perrut.** Cet amendement propose de renvoyer, pour l'application des dispositions évoquées, à la procédure décrite à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale qui préserve les droits garantis aux établissements concernés dans le recouvrement des sommes qui pourraient avoir été indûment versées.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette les amendements.*

*Puis elle examine les amendements identiques AS12 de M. Jean-Pierre Door, AS144 de Mme Valérie Boyer et AS205 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Arnaud Viala.** Cet amendement demande que le Parlement soit informé des conséquences financières de la réforme du financement des établissements de santé. En effet, le nouveau modèle de financement reposera, d'une part, sur des fractions de tarifs nationaux qui ne sont pas encore définis, pondérés par un coefficient prudentiel dont la valeur est également inconnue, et, d'autre part, sur le remboursement de spécialités pharmaceutiques en sus de prestations d'hospitalisation, également pondéré par un coefficient à déterminer auxquels il convient encore d'ajouter des financements complémentaires par forfait et dotation. Ce nouveau modèle n'ayant été précédé d'aucune simulation, il n'est pas possible d'en évaluer l'impact sur la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Compte tenu de ces nombreuses inconnues, le présent amendement tend donc à permettre à la représentation nationale de disposer d'une évaluation des conséquences de cette réforme de la tarification des établissements SSR pour la première année de sa mise en œuvre, et ce, au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS144 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** De même que l'amendement AS205.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Tout d'abord, je rappelle que l'année 2016 sera une année blanche. En second lieu, l'article L. 162-23-14 nouveau institué par l'article 49 prévoit que le rapport annuel au Parlement sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé soit étendu au champ SSR. Il présente à cet effet un bilan rétrospectif et les évolutions envisagées. Ces amendements paraissent donc satisfaits. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 49 sans modification.*

### **Après l'article 49**

*La Commission est saisie des amendements identiques AS91 de M. Jean-Pierre Door, AS151 de Mme Valérie Boyer et AS211 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Perrut.** Par respect du principe de transparence, il est demandé aux ARS de justifier l'utilisation des deniers publics devant la représentation nationale.

Il nous paraît évident d'être informés des investissements publics qui se font en réponse aux besoins de santé exprimés dans les territoires, afin de contrôler si les actions des ARS sont bien conformes à la volonté de la représentation nationale.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS151 a pour objectif de renforcer la transparence et la lisibilité des dépenses effectuées par les ARS, notamment en permettant au Parlement de disposer de données relatives à leur budget.

**M. Bernard Accoyer.** Il serait important que notre commission marque une volonté d'aller vers plus de transparence, en particulier en ce qui concerne les ARS dont nombre de décisions ne semblent pas être prises dans le seul intérêt financier de l'assurance maladie.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** S'agissant des dotations MIGAC, ces amendements sont juridiquement satisfaits par l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale. Ces documents existent ; il suffit d'aller les consulter. En ce qui concerne le FIR, les amendements sont juridiquement satisfaits par l'article L. 1435-10 du code de la santé publique. L'accessibilité des documents sur internet ne relève pas du domaine législatif, mais sachez que le rapport relatif au FIR est disponible sur le site internet du ministère de la santé. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS310 de M. Francis Vercamer.*

**M. Francis Vercamer.** Cet amendement vise à préciser les modalités de répartition régionale des crédits du FIR. Celui-ci participe d'une politique de territorialisation des politiques de santé et accompagne les actions qui correspondent à des besoins répertoriés dans les régions et les territoires de santé. Or il ne semble pas qu'il existe actuellement une répartition entre régions selon des critères objectifs clairement définis. C'est la raison pour

laquelle notre amendement pose le principe d'une répartition des crédits du FIR qui tienne compte de la situation démographique des régions et de l'état de santé de la population.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Un amendement similaire avait été déposé l'an dernier. D'après mes informations, une péréquation a déjà été engagée. J'ai demandé au Gouvernement de me fournir tous les éléments nécessaires pour que je puisse vous répondre lors du débat en séance publique. Je vous suggère de retirer votre amendement et propose de poursuivre la discussion dans l'hémicycle.

*L'amendement est retiré.*

*La Commission examine ensuite les amendements identiques AS58 de M. Dominique Tian, AS89 de M. Jean-Pierre Door et AS209 de M. Bernard Accoyer.*

**Mme Valérie Boyer.** La loi de financement de la sécurité sociale prévoit la mise en œuvre de tarifs dégressifs pour les établissements de santé publics et privés en fonction des volumes d'activités de soins. Ce dispositif n'a pas de sens pour trois raisons majeures.

D'abord, la dégressivité des tarifs n'a de sens médico-économique que dans l'hypothèse d'activités de soins avec des coûts fixes élevés qui, dès lors qu'ils sont amortis, peuvent conduire à une dégressivité tarifaire cohérente. Or les études réalisées par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur les effets de taille ou de gamme n'ont jamais pu démontrer l'existence d'économies d'échelles en lien avec les volumes réalisés par les établissements de santé.

Ensuite, l'ONDAM 2014 a bien été respecté. De plus, la mise en œuvre du coefficient prudentiel dans la LFSS pour 2013 apporte déjà une double garantie sur le respect des objectifs de dépenses. La justification des grands équilibres macro-économiques ne tient donc pas.

Enfin, il n'est pas possible de pénaliser un établissement indispensable dans un territoire et dynamique – parce que seul à réaliser telle ou telle activité de soins –, ou certains établissements spécialisés dans des domaines où la demande de soins est objectivement en forte progression – cancérologie, insuffisance rénale. Le rapport sur les charges et produits pour 2014 de la CNAMTS montrait que certaines maladies chroniques ont progressé jusqu'à 7 % par an, sans que la pertinence des soins ne soit contestable.

Par ailleurs, le coût, la complexité et les difficultés d'application de la mesure envisagée, établissement par établissement, ne sont pas évalués et sont, en réalité, disproportionnés au regard de l'enjeu.

Pour ces raisons, il convient de supprimer l'article L. 162-22-8-1 du code de la sécurité sociale.

**M. Jean-Pierre Door.** L'amendement AS89 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** L'instauration d'une dégressivité des tarifs serait tout à fait stupide en ce qu'elle pénaliserait les services et les professionnels les plus performants. Cette disposition est une invention purement technocratique qui aboutirait à augmenter le coût global de la dispensation des soins. Si une telle mesure devait un jour être adoptée, puisque l'assurance maladie obligatoire rétracterait sa prise en charge, il faudrait laisser évidemment au secteur complémentaire la possibilité d'intervenir pour répondre à une demande

particulière des patients qui voudraient néanmoins être pris en charge alors que le plafond d'activité aurait été atteint.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Je suis assez troublée. En effet, les amendements identiques visent à abroger l'article L. 162-22-8-1 du code de la sécurité sociale qui ne concerne pas la dégressivité tarifaire. Aussi, je relève une totale inadéquation entre le dispositif proposé et l'exposé sommaire des amendements. Avis défavorable – et croyez bien que je le regrette. (*Sourires.*)

*La Commission rejette les amendements.*

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette ensuite l'amendement AS31 de M. Dominique Tian.*

*Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS321 de M. Francis Vercamer, et les amendements identiques AS11 de M. Jean-Pierre Door, AS149 de Mme Valérie Boyer et AS210 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Arnaud Richard.** L'amendement AS321 pourra être qualifié par certains de serpent de mer. Il vise à rétablir le processus de convergence tarifaire prévu pour 2018 et remis en cause par l'actuelle majorité. Je ne vous rappellerai pas que, selon la Cour des comptes, un tel processus permettrait la réalisation d'une économie de 7 milliards d'euros sur l'assurance maladie.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Pour les mêmes raisons que les deux années précédentes, je donne un avis défavorable.

**M. Jean-Pierre Door.** L'arrêt de la convergence tarifaire décidée en 2012 par la présente majorité est une grave erreur économique, mais aussi une grave erreur politique. Le potentiel économique du pays s'en est trouvé amputé de plusieurs milliards d'euros.

La Cour des comptes, dans son rapport de 2013 sur la sécurité sociale, s'est montrée très claire en la matière, de même que la CNAMTS selon laquelle le processus de convergence tarifaire répond à une exigence d'équité de traitement entre les patients qui se voient allouer par l'assurance maladie des moyens différents dans des établissements différents.

L'amendement AS11 vise donc à rétablir la convergence tarifaire et à mettre la législation française en accord avec la législation européenne.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS149 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** L'arrêt de la convergence tarifaire fut une décision scandaleuse que rien ne justifiait. Par là, le Gouvernement, qui persiste dans son attitude, contribue à affaiblir l'assurance maladie dans ses capacités à l'innovation, à moderniser le système de soins.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Avis défavorable.

*La Commission rejette successivement les amendements.*

*Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements identiques AS92 de M. Jean-Pierre Door, AS152 de Mme Valérie Boyer et AS212 de M. Bernard Accoyer, et l'amendement AS311 de M. Francis Vercamer.*

**M. Jean-Pierre Door.** L'amendement AS92 est défendu.

**Mme Valérie Boyer.** La loi de financement de la sécurité sociale ne constitue pas une véritable loi de financement en ne permettant pas à la représentation nationale de contrôler la stratégie du Gouvernement pour renforcer l'efficacité de notre système de santé. Ainsi aurions-nous aimé obtenir des explications sur l'abandon de la convergence tarifaire.

À titre d'illustration, ces cinq dernières années, les enveloppes de financement des MIGAC ont progressé de plus de 13 %, cependant que les tarifs des établissements de santé privés ont baissé de 2,81 %. Je rappelle que, depuis 2012, il n'existe plus de rapport détaillé sur la gestion des enveloppes MIGAC. Cette absence de visibilité ne permet pas de faire du PLFSS un outil au service de l'adaptation de l'offre de soins et de son efficacité. C'est la raison pour laquelle, par l'amendement AS152, je propose la remise d'un rapport.

**M. Bernard Accoyer.** L'amendement AS212 me donne l'occasion de revenir sur un autre scandale : les financements attribués aux MIGAC, pendant ces cinq dernières années, ont progressé de 13 %, tandis que les tarifs des établissements de santé privés baissaient de 2,81 %. Où est l'équité, où est la recherche de la meilleure utilisation des fonds de l'assurance maladie ? On attend la réponse de Mme la rapporteure.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Les amendements identiques sont juridiquement satisfaits par l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale.

En ce qui concerne l'ONDAM et ses sous-enveloppes, je ne saurais trop vous conseiller de vous reporter à l'annexe 7 du PLFSS pour 2016, ainsi qu'aux rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale qui nous éclairent sur l'évolution des dites sous-enveloppes. Avis défavorable.

**M. Francis Vercamer.** L'amendement AS311 vise à nouveau à assurer la transparence dans la répartition des enveloppes financières relatives aux MIGAC. Aussi demandons-nous un rapport grâce auquel les ARS justifieraient devant la représentation nationale l'utilisation par elles des deniers publics, les parlementaires devant en effet pouvoir être informés des investissements publics répondant aux besoins de santé dans les territoires.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Avis défavorable.

*La Commission rejette successivement les amendements.*

*Puis elle en vient à l'amendement AS30 de M. Dominique Tian.*

**Mme Valérie Boyer.** Le rapport IGF-IGAS sur la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017, rendu public en juillet 2012, met en évidence les marges d'économies dans l'organisation de notre système de soins et en particulier au sein de l'hôpital : la dépense en soins hospitaliers représente 36 % de la dépense de santé en France contre 29 % en moyenne dans les pays de l'OCDE ; la France dispose d'un nombre d'équivalents temps plein (ETP) hospitaliers pour 1 000 habitants parmi les plus élevés de l'OCDE, à savoir 17,88 ETP contre 10,99 en Allemagne.

Le rapport formule plusieurs scénarios d'évolution, dont l'un prévoit des économies de 15 milliards d'euros, dont 60 % sur l'hôpital public. L'indispensable restructuration de l'offre de soins hospitalière doit s'accompagner d'une stratégie sur l'évolution des effectifs hospitaliers, avec des gains possibles dès 2014.

Tel est l'objet du présent amendement, qui me paraît essentiel pour essayer de sauver ce qui peut l'être.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Ce caractère essentiel m'a échappé. Je m'interroge même sur le sens de l'amendement. Il suffit de se reporter à l'exposé des motifs pour se rendre compte que votre demande est satisfaite. Pourquoi demander un nouveau rapport alors que celui de l'IGAS, auquel vous vous référez, répond à vos interrogations ? Nous avons souligné à plusieurs reprises l'inflation des rapports. Or je vous rappelle qu'il faut les lire... Limitons-en donc la demande. Avis défavorable.

**M. Gérard Bapt.** Ou alors limitons ce dispositif aux hôpitaux de Marseille.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS233 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Accoyer.** Je propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport avant le 1<sup>er</sup> juin 2016 sur une question qui passionne la majorité : l'impact financier des 35 heures sur le personnel hospitalier.

**Mme Sylviane Bulteau.** Que ne l'avez-vous mesuré quand vous étiez au pouvoir ?

**M. Bernard Accoyer.** Un tel rapport permettrait de revenir sur le contenu de celui de la Cour des comptes, publié en 2014, et qui soulignait que des hôpitaux avaient atteint un niveau d'endettement de 29,3 milliards d'euros déjà en 2012, dont une bonne part financée par des emprunts structurés. J'ajoute que l'application des 35 heures à l'hôpital a été, de l'aveu de M. Jospin lui-même devant une commission d'enquête de l'Assemblée, un échec. Sur l'ensemble des établissements de santé, une augmentation de 2 milliards d'euros de la masse salariale a été constatée.

Enfin, les 35 heures n'ont pas diminué l'absentéisme à l'hôpital, lequel n'a fait que s'accroître, atteignant sept jours pour le personnel médical et vingt-cinq jours pour le personnel non médical. En 2012, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) estimait à 200 millions d'euros le coût de l'absentéisme au sein de ses établissements.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Je constate que M. Accoyer dispose déjà de tous les chiffres : je ne vois pas la nécessité du rapport qu'il demande. (*Sourires.*) Je lui rappelle par ailleurs que Barbara Romagnan a déjà rédigé un excellent rapport que je lui conseille de relire. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS234 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Accoyer.** Je propose à nouveau la remise d'un rapport. En effet, si Mme la rapporteure estime que celui de Mme Romagnan est excellent, le Gouvernement n'en a pas tiré la moindre conséquence. Or, à ne rien faire, on risque la ruine. Il s'agit ici de

demander au Gouvernement un rapport sur l'impact des jours de carence sur les finances des hôpitaux. La journée de carence coûte 70 millions d'euros par an à l'hôpital – et non 5 milliards comme indiqué par erreur dans l'exposé sommaire –, alors qu'elle coûte 400 millions d'euros dans la fonction publique où vous l'avez supprimée de façon totalement incompréhensible, inéquitable et scandaleuse.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Nous revenons sur le sujet chaque année. L'amendement est en partie satisfait par les informations apportées par le rapport de Mme Poletti sur la proposition de loi relative aux arrêts de travail. D'autre part, la lutte contre l'absentéisme « peut passer par d'autres voies que des mesures punitives », toujours selon Mme Poletti qui ajoute que l'absentéisme peut provenir de déficiences du *management*, d'incohérence managériale, d'injonctions contradictoires. On peut agir sur ces facteurs : reste – et vous le savez très bien – que cela ne relève pas du domaine de la loi.

**M. Bernard Accoyer.** Bien sûr que si !

*La Commission rejette l'amendement.*

*Elle en vient à l'amendement AS388 de la rapporteure.*

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Le présent amendement tient à cœur aux médecins hospitaliers qui font régulièrement, en particulier dans les centres hospitaliers universitaires, des consultations pluridisciplinaires ; à la même table de consultation se réunissent des spécialistes de l'oncologie, de la radiothérapie, de l'anatomopathologie, de la chirurgie... Il s'agit, si l'on peut dire, de médecins seniors – au sens médical du terme, à savoir des experts – qui consacrent beaucoup de temps à ces consultations, au demeurant plus économes que quatre ou cinq consultations successives. Or elles ne sont pas suffisamment valorisées pour ces mêmes hôpitaux.

Je l'avoue, je propose ce que je vous reprochais à l'instant : ne pouvant instituer une valorisation, je demande un rapport sur ces consultations pluridisciplinaires. Faute avouée est *a priori* excusée...

**Mme la présidente Catherine Lemorton.** À moitié...

**M. Bernard Accoyer.** Il y a donc deux types de rapports : les bons qui sont proposés par Mme la rapporteure et les mauvais proposés par l'opposition.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** C'est pourquoi je suis rapporteure !

**M. Christophe Sirugue.** Il y a en effet deux types de rapports : ceux qu'on propose alors qu'ils existent déjà et les autres.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS361 de Mme Bernadette Laclais.*

**Mme Bernadette Laclais.** Je propose un rapport qui me semble, lui aussi, nouveau. Il faut saluer les mesures prises par la majorité concernant le dépistage du cancer du sein. Vous me permettrez, en ce mois d'octobre – on évoque souvent la campagne « Octobre rose » – d'insister sur la situation des femmes touchées par ce cancer et des restes à charge importants dont elles ont à s'acquitter : 228 euros par an en moyenne pour celles qui ne font

pas le choix de la reconstruction mammaire, 539 euros en moyenne pour la chirurgie post-opératoire. Aussi neuf femmes sur dix déclarent-elles avoir des restes à charge qui peuvent également concerner le suivi psychologique nécessaire après de telles opérations.

On peut en outre constater la baisse du nombre de reconstructions mammaires, sans doute liée à des craintes qui font suite aux différentes affaires de prothèses, mais aussi à des difficultés financières – les dépassements d'honoraires peuvent aller jusqu'à 7 000 euros. Ainsi si, en 2007, 5 % des femmes y renonçaient pour des raisons financières, elles sont aujourd'hui trois fois plus nombreuses.

Il me paraît donc important que le Gouvernement remette au Parlement, avant la fin de l'année 2016, un rapport sur la prise en charge de l'ensemble des frais directs ou indirects liés à une pathologie cancéreuse, et en particulier à celle du cancer du sein.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Je tiens à souligner l'importance du sujet évoqué par Mme Laclais. Ces restes à charge peuvent en effet se révéler particulièrement élevés pour les femmes qui font l'effort de la reconstruction mammaire pour sortir véritablement de leur maladie. Le rapport que vous appelez de vos vœux est justifié, car il débouchera sur des décisions. Je soutiens totalement l'amendement.

*La Commission adopte l'amendement.*

**Article 50 :** *Simplification des dispositifs contractuels entre les établissements de santé et les agences régionales de santé*

*La Commission examine les amendements identiques AS85 de M. Jean-Pierre Door, AS145 de Mme Valérie Boyer et AS206 de M. Bernard Accoyer.*

**M. Bernard Perrut.** Le projet de loi propose de fusionner en un seul contrat les différentes démarches contractuelles de gestion du risque qui se sont multipliées ces dernières années : contrat de bon usage du médicament (CBUM), contrat d'amélioration des pratiques et de pertinence.

Or la simplification que vous proposez n'est que de forme et n'est par conséquent pas à la hauteur des enjeux. Les questions soulevées par la mise en place de ces dispositifs – cohérence avec la démarche de certification par la Haute Autorité de santé (HAS), implication des médecins libéraux dans la contractualisation, transparence dans la détermination des indicateurs – ne sont pas résolues. Sur le fond, la logique de sanction, en lieu et place d'une véritable incitation à la qualité et à l'efficacité, perdure.

Cet article ne répondant pas à l'objectif que vous vous êtes fixé – et qui, par ailleurs, nous paraît bon –, l'amendement AS85 vise à le supprimer.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS145 est défendu.

**M. Bernard Accoyer.** J'insiste sur cette logique de sanction. Aucune mesure incitative n'est prévue pour renforcer la qualité, l'efficacité. On n'envisage que le rabot ou la guillotine.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Ni rabot ni guillotine, monsieur Accoyer. Il s'agit seulement de prendre en compte ici la difficulté de se frayer un chemin parmi les différentes formulations de ces contrats. Au contraire, je trouve d'une très grande logique

qu'il y ait une partie stable, obligatoire, que l'on connaît parfaitement et que, selon les modalités du contrat et ceux qui y souscrivent, il puisse y avoir des parties additionnelles. Il s'agit d'une mesure de simplification. Pour tout vous dire, je pensais que tout le monde en serait satisfait, ce qui n'est apparemment pas le cas. Avis radicalement défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Elle en vient aux amendements identiques AS86 de M. Jean-Pierre Door et AS146 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Jean-Pierre Barbier.** Tel qu'il est rédigé, l'article place les établissements de santé dans une situation difficile : ils ne peuvent en effet intervenir dans la pratique professionnelle des praticiens, qui demeurent libres de leurs prescriptions.

Ainsi, cette simplification ne résout en rien l'absence d'implication des médecins dans le dispositif. Il s'agit donc de se montrer plus incitatif que contraignant, faute de quoi personne ne respectera le dispositif.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS146 est défendu.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Le choix de l'association des médecins libéraux pourrait être une bonne proposition, mais faire d'eux les seuls médecins signataires du contrat peut poser un problème très important : c'est l'ensemble des professionnels, libéraux, fonctionnaires comme salariés, qui concourt à la production de soins de l'établissement.

Tout en donnant un avis défavorable, je me permets de vous signaler que, à l'occasion de l'examen d'un prochain amendement, je vais proposer ce concours des médecins dans les contrats qui lient les établissements avec les transporteurs sous la forme d'une identification du prescripteur, de manière à responsabiliser ces médecins et à les faire participer à la réalisation du contrat.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 50 sans modification.*

## **Après l'article 50**

*La Commission examine l'amendement AS389 de la rapporteure.*

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Cet amendement vise à donner aux acteurs de la santé les outils nécessaires pour qu'ils s'assurent de la pertinence des prescriptions de transport sanitaire, dont nous savons que le coût augmente de façon excessive. À cet effet, il peut être utile de s'appuyer sur le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et de subordonner la prise en charge de la prescription à l'identification du numéro RPPS du prescripteur. En effet, vous le savez, seul le médecin est habilité à prescrire un transport en fonction de l'état du malade. Il est important de responsabiliser ces médecins en les associant à la décision de prise en charge. Je vous propose donc d'adopter l'amendement dont la rédaction, d'ailleurs, sera consolidée d'ici à l'examen du texte en séance publique.

**M. Jean-Pierre Door.** Cet amendement va dans le bon sens. Il y a très longtemps qu'il fallait envisager ce type de mention sur les ordonnances de sortie des centres

hospitaliers. En revanche, *quid* des internes, des externes, des infirmiers qui délivrent eux-mêmes les ordonnances de sortie ?

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Je suis totalement de l'avis de M. Door : seuls les médecins sont habilités à prescrire un transport et il n'est pas question que des infirmiers le soient. S'il s'agit d'un interne, il peut avoir un numéro RPPS s'il veut être habilité à signer et si son chef de service le souhaite. C'est le prescripteur qui est en cause, qui souvent – pas toujours – se montre « inflationniste » et nous devons pouvoir l'identifier et le responsabiliser.

**M. Jean-Pierre Door.** Je vais dans votre sens, mais il faudra vraiment faire preuve de pédagogie ou tout au moins bien informer les services pour que les règles soient bien suivies.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** J'en suis pleinement d'accord, monsieur Door, et, j'y insiste, la rédaction de l'amendement sera améliorée en ce sens.

*La Commission adopte l'amendement.*

*Elle examine ensuite l'amendement AS28 de M. Dominique Tian.*

**Mme Valérie Boyer.** Il est important que les actions relatives à l'efficacité de la prescription de transports en établissements de santé, que matérialise le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS), impliquent tout autant les médecins y exerçant à titre libéral que leurs confrères salariés.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Votre amendement modifie un article que nous venons d'abroger en adoptant l'article 50. Le contrat unique a vocation à se substituer à de nombreux contrats dont le CAQOS. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

**Article 51 : Étude nationale des coûts**

*La Commission examine les amendements identiques AS87 de M. Jean-Pierre Door et AS147 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Jean-Pierre Barbier.** Malgré les concertations entre la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et les fédérations sur la mise en œuvre d'une mesure de renforcement de la représentativité de l'ENC, l'article ne prévoit pas un système efficace de promotion des acteurs, mais un système de sanction inapproprié.

Cet article ne reflétant pas les discussions en cours, il est donc proposé de le supprimer.

**Mme Valérie Boyer.** Je demande la suppression de l'article pour les mêmes motifs.

*Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette les amendements.*

*Elle en vient aux amendements identiques AS88 de M. Jean-Pierre Door et AS148 de Mme Valérie Boyer.*

**M. Bernard Perrut.** La capacité des établissements de santé à participer à l'étude nationale de coûts ne saurait se décréter. La mesurer nécessite un travail spécifique avec les représentants des établissements de santé, afin que l'on s'assure que les critères définis sont pertinents. Ce n'est qu'à cette condition que les fédérations représentatives des établissements de santé pourront valablement donner un avis sur la liste des établissements appelés à participer à l'étude.

**Mme Valérie Boyer.** L'amendement AS148 est défendu.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Vos amendements sont satisfaits en ce qui concerne l'association des fédérations. La représentativité des membres composant l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée est prévue par l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale. Pour rappel, cet article définit les membres : sont notamment visés les représentants des organisations nationales les plus représentatives. L'article D. 162-17 inclut les fédérations. Avis défavorable.

*La Commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 51 sans modification.*

#### **Chapitre IV** **Autres mesures et objectifs financiers**

**Article 52 : Réforme des cotisations des professionnels de santé affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés**

*La Commission examine l'amendement AS96 de M. Jean-Pierre Door.*

**M. Jean-Pierre Door.** L'article 52 prévoit la réduction des taux de cotisation des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, à savoir ceux qui ont validé leur intégration dans le secteur 1. Ils peuvent à ce titre bénéficier de compensations de leurs cotisations sociales par la caisse de l'assurance maladie. Ce n'est pas le cas pour les praticiens du secteur 2. Aussi la disposition proposée n'a-t-elle pas sa place dans le PLFSS, mais doit relever d'une négociation conventionnelle – c'est pourquoi nous demandons sa suppression. Voilà en tout cas qui ne donne pas un très bon signe aux médecins du secteur 1 dont on connaît les inquiétudes.

**M. Gérard Sebaoun.** Notre collègue Door a assisté, comme moi, aux échanges de la commission avec M. Eckert et Mme Touraine : ils nous ont assuré que cette mesure ne changeait strictement rien pour les praticiens.

**Mme Michèle Delaunay, rapporteure.** Cet article n'est pas d'ordre conventionnel et relève bien du domaine de la loi de financement de la sécurité sociale. Il vise à réduire le taux de cotisation des affiliés au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) en l'alignant sur celui des bénéficiaires du RSI ; à instaurer une contribution au profit du RSI en modifiant son assiette pour les revenus ne relevant pas du conventionnel ; enfin à en modifier le taux – 3,25 % contre 0,1 %. Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 52 sans modification.*

**Article 53 :** *Fixation des dotations au FMESPP, l'ONIAM, l'EPRUS, et de la contribution de la CNSA aux ARS pour l'année*

*La Commission adopte l'article 53 sans modification.*

**Article 54 :** *Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2016*

*La Commission adopte l'article 54 sans modification.*

**Article 55 :** *ONDAM et sous-ONDAM pour 2016*

*La Commission adopte l'article 55 sans modification.*

## **TITRE V DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES**

**Article 56 :** *Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2016*

*La Commission adopte l'article 56 sans modification.*

## **TITRE VI DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES**

**Article 57 :** *Modification de la règle de revalorisation des prestations de sécurité sociale*

*La Commission adopte l'article 57 sans modification.*

**Article 58 :** *Renforcement des mutualisations entre organismes, branches et régimes de la sécurité sociale*

*La Commission adopte l'article 58 sans modification.*

**Article 59 :** *Extension des dispositions applicables dans le cadre de la lutte contre la fraude à tous les régimes*

*La Commission adopte l'article 59 sans modification.*

**Article 60 :** *Exclusion des sommes issues de fraudes sociales des procédures collectives*

*La Commission adopte l'article 60 sans modification.*

**Article 61 :** *Élargir les sources de détection des fraudes sociales*

*La Commission adopte l'article 61 sans modification.*

## Après l'article 61

*La Commission examine l'amendement AS110 de Mme Jacqueline Fraysse.*

**Mme Jacqueline Fraysse.** Cet amendement répond à deux préoccupations : renforcer la responsabilité des holdings vis-à-vis des entreprises qu'elles contrôlent et renforcer la lutte contre la fraude des entreprises aux cotisations sociales. Les sommes en jeu sont colossales : la Cour des comptes a estimé leur montant entre 20 et 25 milliards d'euros en 2012. Les holdings ont un pouvoir important sur les entreprises qu'elles contrôlent, ce qui implique de grandes responsabilités.

L'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale dispose déjà que les holdings sont tenues solidairement et subsidiairement responsables en cas d'infraction de travail dissimulé. Il est ici proposé d'étendre la subsidiarité et la solidarité entre l'entreprise contrôlée et l'entreprise dominante aux cas d'infraction de non-paiement aux cotisations sociales. Nous estimons que la responsabilisation des holdings les incitera à renforcer les contrôles internes au groupe. De plus, nous pensons que cela sécurisera le paiement de ses cotisations.

**M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.** L'intention de Mme Fraysse de rendre la société mère solidairement responsable en cas de non-paiement des prélèvements sociaux par une société du groupe vise en effet à une harmonie des formes, la société mère étant déjà solidairement responsable en cas de travail dissimulé. Néanmoins, le fait que la société mère soit solidairement responsable concernant le travail dissimulé relève d'un impératif de lutte contre la fraude, mais aussi d'un impératif moral. Or on ne saurait établir un parallèle avec le retard ou le non-paiement des cotisations sociales.

J'aurai une seconde objection relative à la sécurité juridique du dispositif proposé par Mme Fraysse : la notion « d'infraction de non-paiement des cotisations sociales » n'existe pas d'un point de vue juridique et serait donc facilement remise en cause.

Avis défavorable.

*La Commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifié.*

*La séance est levée à une heure trente-cinq.*



## Présences en réunion

**Réunion du mardi 13 octobre 2015 à 21 heures 30**

### Membres présents ou excusés

#### Commission des affaires sociales

*Présents.* – M. Bernard Accoyer, M. Pierre Aylagas, M. Gérard Bapt, M. Jean-Pierre Barbier, Mme Gisèle Biémouret, Mme Kheira Bouziane-Laroussi, Mme Valérie Boyer, Mme Sylviane Bulteau, Mme Martine Carrillon-Couvreur, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Philip Cordery, M. Rémi Delatte, M. Jean-Pierre Door, Mme Françoise Dumas, Mme Jacqueline Fraysse, Mme Joëlle Huillier, M. Christian Hutin, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Bernadette Laclais, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Gilles Lurton, M. Robert Olive, M. Bernard Perrut, Mme Bérengère Poletti, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, M. Jean-Louis Roumegas, M. Gérard Sebaoun, M. Fernand Siré, M. Christophe Sirugue, M. Francis Vercamer, M. Arnaud Viala

*Excusés.* – M. Stéphane Claireaux, M. David Habib, M. Michel Liebgott