

Le 18 octobre 2012

Commission des affaires sociales

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 n° 287

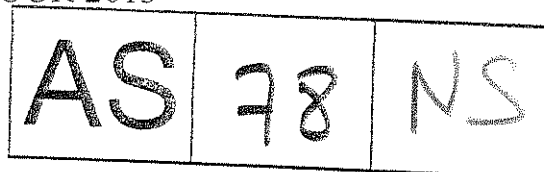
**Amendements reçus par la commission
Dans l'ordre du texte**

Liasse 4/5 rect

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT



Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

ARTICLE 37

À l'alinéa 1

~~Dans l.~~, remplacer « huit ans » par « six ans »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les expérimentations relatives à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ont été instituées par l'article 44 de la LFSS pour 2008, dont l'arrêt était initialement programmé au 1^{er} janvier 2013.

Même si elles ont commencé tardivement, il semble difficilement acceptable de repousser de plus d'une année leur échéance au seul motif que les ARS ne seraient pas en mesure de tirer un bilan de ces expérimentations et, le cas échéant, de faire évoluer le nouveau dispositif de PDSA.

Dans la mesure où le législateur estime que la PDSA est un sujet prioritaire, les ARS se doivent d'effectuer les travaux nécessaires, dans des délais plus compatibles avec les attentes de la population.

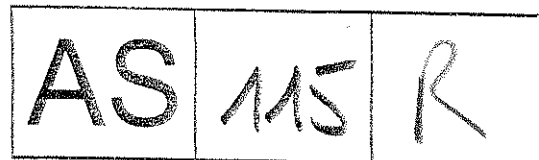
ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT N°12

présenté par

Arnaud Richard, Francis Vercamer,



ARTICLE 38

~~Remplacer l'article 38 par l'article suivant~~

~~AR~~, alinéa 1, remplacer les mots : « trois ans », par les mots : « un an ».

Exposé des motifs

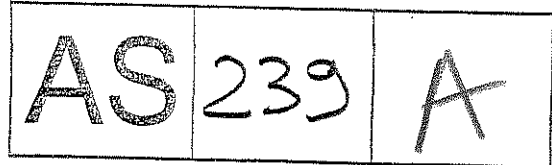
La loi HPST du 21 juillet 2009 - Hôpital, Patients, Santé et Territoires - a confié aux Agences Régionales de Santé un périmètre élargi pour expérimenter de nouvelles organisations de l'offre de soins.

Dans ce cadre, certaines ARS, notamment en Poitou-Charentes, ont déjà initié une réflexion visant à optimiser le transport de patient, dans le respect des prescriptions médicales, et de façon à répondre aux enjeux du système de santé, tout en tenant compte du contexte économique.

Après plus de trois ans d'expérimentation, le temps d'une mise en œuvre généralisée est arrivée, d'autant que le rapport 2012 de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale (Chapitre XI, les transport de patients à la charge de l'assurance maladie) cible très clairement les pistes d'amélioration de ce dispositif.

Il apparaît donc très surprenant que le Gouvernement se prive là d'une occasion d'une meilleure maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

C'est pourquoi le présent amendement propose que les expérimentations visées n'excèdent pas une année, afin qu'une véritable politique en la matière soit proposée par le Gouvernement à l'occasion du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2013 (N°287)

**Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour
l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies
professionnelles**

Article 38

Après l'alinéa 3, insérer la phrase :

« Ces appels d'offre peuvent être organisés à un niveau infra-départemental afin de tenir compte de l'offre de transports existante sur le territoire relevant de l'agence régionale de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit, par cet amendement, d'éviter que la procédure d'appels d'offres ne se traduise par une concentration brutale des entreprises de transport qui nuirait aux petites structures et pourrait affecter la prise en charge des patients.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013
(n° 287)

Amendement proposé par Dominique Orliac

AS	24	Ret
----	----	-----

Article additionnel après l'article 38

Après l'article 38, il est inséré un ~~nouvel~~ article ~~38A~~ ainsi rédigé :

A la troisième phrase de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots « *Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série* », insérer les mots « *en ville, en centres de rééducation fonctionnelle ou en centres de soins de suite et de rééducation* »

Exposé des motifs

Afin de limiter certains coûts, la loi n° 2008-1330 de financement de la sécurité sociale a mis en place les référentiels pour les actes en série. Dorénavant, pour aller au-delà d'un certain nombre d'actes, un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge du patient. Depuis le 28 mai 2010, 9 référentiels ont été mis en place pour des pathologies ostéo articulaires (rééducation des entorses externes récentes cheville pied, arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche, arthroplastie du genou par prothèse totale du genou etc.)

Malgré la limpidité de la loi, force est de constater que lesdits référentiels ne s'appliquent qu'en ambulatoire. Aussi il devient indispensable d'inscrire des précisions dans la loi.

En conséquence, afin de rectifier cette iniquité d'une part et, améliorer les sources d'économies pour l'assurance maladie d'autre part, les référentiels doivent également s'appliquer en centres de rééducation fonctionnelle (CRF) et en centres de soins de suite et de rééducation (SSR), tant publics que privés.

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour
2013 (n° 287)

Amendement n°16

AS	166	R
----	-----	---

présenté par Bérengère Poletti
Cosigné par Geneviève Levy, Bernard Perrut, Véronique Louwagie

Article additionnel après l'article 38

Après l'article 38, il est inséré un ~~nouvel~~ article ~~38A~~ ainsi rédigé :

A la troisième phrase de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots « *Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série* », insérer les mots « *en ville, en centres de rééducation fonctionnelle ou en centres de soins de suite et de rééducation* »

Exposé des motifs

Afin de limiter certains coûts, la loi n° 2008-1330 de financement de la sécurité sociale a mis en place les référentiels pour les actes en série. Dorénavant, pour aller au-delà d'un certain nombre d'actes, un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge du patient. Depuis le 28 mai 2010, 9 référentiels ont été mis en place pour des pathologies ostéo articulaires (rééducation des entorses externes récentes cheville pied, arthroplastie de hanche par prothèse totale de hanche, arthroplastie du genou par prothèse totale du genou etc.)

Malgré la limpidité de la loi, force est de constater que lesdits référentiels ne s'appliquent qu'en ambulatoire. Aussi il devient indispensable d'inscrire des précisions dans la loi.

En conséquence, afin de rectifier cette iniquité d'une part et, améliorer les sources d'économies pour l'assurance maladie d'autre part, les référentiels doivent également s'appliquer en centres de rééducation fonctionnelle (CRF) et en centres de soins de suite et de rééducation (SSR), tant publics que privés.

**Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013
(n° 287)**

Amendement proposé par Dominique Orliac

Article additionnel après l'article 38

AS	25	Ret
----	----	-----

Après l'article 38, il est inséré un ~~pour~~ article ~~38A~~ ainsi rédigé :

I. La deuxième phrase du 1^{er} alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Sur le fondement de recommandations établies par la Haute Autorité de santé, portant sur les actes ne nécessitant pas, de recourir de manière générale à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite et de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, la mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation pour ces soins de suite et de réadaptation est effectuée par le directeur général de l'agence régionale de santé, sur proposition de l'organisme local d'assurance maladie ».

II. A la quatrième phrase du 1^{er} alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale

Après les mots « *le constat* », supprimer les mots « *d'une proportion élevée* »

Après les mots « *ou sans hospitalisation* », supprimer les mots « *d'une proportion élevée* »

Après les mots « *d'hospitalisation facturées* » supprimer le mot « *significativement* »

Exposé des motifs

La demande d'admission en Centres de rééducation fonctionnelle (CRF) ou en Centres de soins de suite et de rééducation (SSR) tant publics que privés, est effectuée directement par le service hospitalier dans lequel un patient est hospitalisé. Cette demande est adressée exclusivement aux médecins de médecine physique et de réadaptation de l'établissement sans aucun contrôle préalable. En conséquence, les praticiens ont l'habitude d'orienter les patients directement en CRF ou en SSR plutôt qu'en soins de ville sans que l'Assurance maladie en soit informée en amont.

La Haute Autorité de santé, a publié en mars 2006, des recommandations déterminant une liste d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge de façon préférentielle en cabinet de ville, dans la mesure où, il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales, régionales ou générales, de pathologies associées ou de l'isolement social.

Malgré les dispositions législatives et conventionnelles, les admissions en CRF et en SSR sont toujours en augmentation (900000 par an). Pourtant, dans son rapport « *propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2013* », l'assurance maladie note qu'une rééducation en SSR représente un coût de près de 5000 €, alors qu'en ambulatoire, le coût est de 860 €, soit un rapport de 1 à 6 pour une même pathologie.

Bien entendu, il ne s'agit pas de remettre en cause les CRF et les SSR, mais il s'agit d'optimiser les admissions en SSR qui selon le rapport 2012 de la Cour des comptes sur « *l'application des lois de financement de la sécurité sociale* », sont inadéquates dans 10 à 20 % des cas.

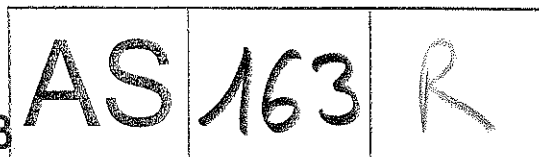
Tel est l'objet de cette proposition qui vise, afin de réduire les dépenses de l'assurance maladie, à étendre la procédure d'accord préalable mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale 2011. En effet, cette mesure n'a, selon la Cour des comptes, qu'une portée restreinte car elle ne concerne que les SSR qui abusent significativement. Déjà dans son rapport de 2012, c'était l'assurance maladie qui proposait de mettre sous accord préalable les admissions qui paraissaient peu adéquates dans les SSR car non conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

L'extension de cette mesure doit être retenue car elle est une source importante d'économies (entre 200 et 250 millions d'euros).

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour
2013 (n° 287)

Amendement n°13



présenté par Bérengère Poletti
Cosigné par Geneviève Levy, Bernard Perrut, Véronique Louwagie

Après l'article ³⁸ du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour
2013, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'alinéa 2 de l'article L321-1 du Code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa 2 bis
ainsi rédigé :

« 2°bis La couverture des frais de transport liés aux soins ou aux traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et dans les centres médico-psycho-pédagogiques mentionnés à l'annexe 32 du décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 dans les conditions fixées aux articles L162-4-1 et L322-5 du présent code »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et en CMPP ne sont pas inclus dans les dépenses d'exploitation de ces structures, qui ne constituent pas à proprement dit des établissements d'éducation spécialisée, au sens de l'article L242-12 du Code de l'action sociale et des familles.

Un certain nombre de caisses primaires d'assurance maladies refusent d'en assurer le remboursement, ou posent des conditions inappropriées (nécessité d'une Affection de Longue Durée), en dépit des instructions répétées émanant des pouvoirs publics, s'agissant d'un enjeu important de santé publique et d'action sanitaire et médico-sociale précoce, pour prévenir les handicaps voire les su-handicaps, faute d'une prise en charge rapide.

Les frais de transport peuvent ainsi rester à la charge des familles qui ne disposent souvent d'aucune autre aide de type prestation de compensation du handicap, leurs enfants n'étant pas toujours reconnus handicapés par la MDPH, du fait du rôle d'action préventive et précoce des CAMSP et CMPP. Du coup, ces enfants sont exposés anormalement à des risques de rupture de traitement ou de suivi très préjudiciable à leur état de santé.

Cet état de fait très anormal avait d'ailleurs été relevé par le Médiateur de la République dans « Le journal du Médiateur de la République » (n°62, Janvier 2011, actualités 5). C'est dans ce contexte que le Parlement a adopté unanimement, à l'article 54 de la LFSS 2012, le principe de la prise en charge par l'assurance-maladie de ces transports sans participation

des assurés sociaux, tout en prévoyant un encadrement possible par une entente préalable. Malheureusement, le Ministère et la CNAM n'ont pas émis le texte réglementaire nécessaire pour concrétiser l'unanimité parlementaire.

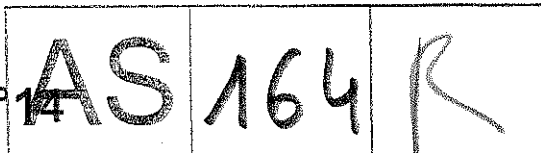
Il y a lieu de noter que la Conférence nationale de santé, qui a émis un avis sur le « dépistage, diagnostic et accompagnement précoce du handicap chez l'enfant » en Juillet 2012, a souligné la nécessité d'un plan d'urgence pour faire cesser les pertes de chances qui pèsent aujourd'hui, du fait des inerties concernant l'action précoce, dont les CAMSP mais aussi les CMPP sont des maillons très importants : la mise en application réglementaire de l'article 54 de la LFSS 2012 a été soulignée à ce titre. Récemment, le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) s'est rallié unanimement aux analyses de la Conférence nationale de santé sur ce sujet.

Il s'agit en effet de résoudre les grandes inégalités de traitement relevées dans certaines régions et départements, et de soutenir la mission essentielle de prévention et de dépistage précoce exercée par ces structures ambulatoires auprès des enfants âgés de 0 à 18 ans.

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour
2013 (n° 287)

Amendement n° 14



présenté par Bérengère Poletti
Cosigné par Geneviève Levy, Bernard Perrut, Véronique Louwagie

(amendement de repli)

38

Après l'article ~~38~~ du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour
2013, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« Dans les trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport explicitant les raisons et décrivant la nature des blocages dans les processus de décision ayant conduit à la non-parution du décret d'application nécessaire à la mise en œuvre de l'article 54 de la Loi de financement de la sécurité sociale ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et en CMPP ne sont pas inclus dans les dépenses d'exploitation de ces structures, qui ne constituent pas à proprement dit des établissements d'éducation spécialisée, au sens de l'article L242-12 du Code de l'action sociale et des familles.

Un certain nombre de caisses primaires d'assurance maladies refusent d'en assurer le remboursement, en dépit des instructions répétées émanant des pouvoirs publics, s'agissant d'un enjeu important de santé publique et d'action sanitaire et médico-sociale précoce. Les frais de transport restent donc à la charge des familles qui ne disposent souvent d'aucune autre aide de type prestation de compensation du handicap, leurs enfants n'étant pas toujours reconnus handicapés par la MDPH, et risquant par conséquent de se trouver exposés aussi à des risques de rupture de traitement ou de suivi très préjudiciable à leur état de santé.

Cet état de fait très anormal avait d'ailleurs été relevé par le Médiateur de la République dans « Le journal du Médiateur de la République » (n°62, Janvier 2011, actualités 5). C'est dans ce contexte que le Parlement a adopté unanimement, à l'article 54 de la LFSS 2012, le principe de la prise en charge par l'assurance-maladie, tout en prévoyant un encadrement possible par une entente préalable.

Malheureusement, le Ministère et la CNAM n'ont pas émis le texte réglementaire nécessaire pour concrétiser l'unanimité parlementaire.

Projet de loi n° 287 de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT

AS	182	A
----	-----	---

Présenté par : Olivier Véran, Gérard Bapt, Gisèle Biemouret, Kheira Bouziane, Fanélie Carrey-Conte, Martine Carrillon-Couvreur, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Marc Germain, Linda Gourjade, Jérôme Guedj, Joëlle Huillier, Sandrine Hurel, Christian Hutin, Michel Issindou, Chaynesse Khirouni, Annie Le Houerou, Ségolène Neuville, Christian Paul, Martine Pinville, Denys Robiliard, Barbara Romagnan, Gérard Sebaoun, et les commissaires membres du groupe SRC

ARTICLE 39

Au 2^{ème} alinéa, substituer aux mots : « l'organisation et la coordination des soins » les mots : « l'organisation, la coordination et la continuité des soins ».

Exposé des motifs

Pour encourager et faciliter la prise en charge de A à Z de certaines maladies chroniques, il faut associer la continuité de la prise en charge à la coordination. Cette continuité peut être assurée par les professionnels concernés ou via des acteurs ou structures identifiés.

Projet de loi n° 287 de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT



Présenté par : Olivier Véran, Gérard Bapt, Gisèle Biemouret, Kheira Bouziane, Fanélie Carrey-Conte, Martine Carrillon-Couvreur, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Marc Germain, Linda Gourjade, Jérôme Guedj, Joëlle Huillier, Sandrine Hurel, Christian Hutin, Michel Issindou, Chaynesse Khirouni, Annie Le Houerou, Ségolène Neuville, Christian Paul, Martine Pinville, Denys Robiliard, Barbara Romagnan, Gérard Sebaoun, et les commissaires membres du groupe SRC

ARTICLE 39

Compléter la 3^{ème} phrase du 4^{ème} alinéa après les mots : « les modalités de calcul d'une rémunération annuelle versée en contrepartie » par les mots : « et les diverses formes de valorisation ».

Exposé des motifs

La valorisation des maisons et centres professionnels de santé favorisant la pluridisciplinarité doivent pouvoir bénéficier de formes de valorisation diversifiées.

Outre une rémunération des professionnels, il peut s'agir de financer une formation, un poste administratif, ou de permettre de renforcer l'équipe par des mesures incitatives à destination d'autres professionnels de santé.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT

DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AS	41	R
----	----	---

AMENDEMENT n°10

Présenté par Mme Bérengère POLETTI, MM Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELATTE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Mme Isabelle LE CALLENNEC, Jean LEONETTI, Céleste LETT, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard PERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE, Députés.

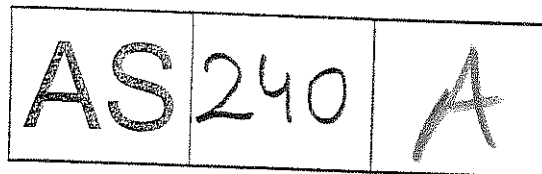
ARTICLE 40

Supprimer cet article.

Exposé des motifs :

Pour privilégier l'incitation à l'installation dans les zones peu peuplées, la précédente majorité a mis en place des contrats d'engagement de service public dotés de bourses pour les étudiants en médecine et les internes qui s'engagent, après leurs études, à exercer dans ces zones. De plus, elle a soutenu la création de 700 maisons médicales pluridisciplinaires à l'horizon 2013, 250, étant d'ores et déjà ouvertes.

Cette approche pragmatique commence à porter ses fruits puisqu'en deux ans, l'offre de soins dans les territoires ruraux a progressé de 50% et depuis 2011, il y a plus d'installations que de départs en retraite dans les zones peu denses. Cette approche pragmatique doit être poursuivie, or le dispositif proposé ici est assez flou puisque toutes les modalités sont renvoyées à un arrêté et sans articulation avec les dispositifs existant.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2013 (N°287)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour
l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies
professionnelles

Article 40

À l'alinéa 2, après les mots : « médecin généraliste », insérer les
mots : « de plein exercice »

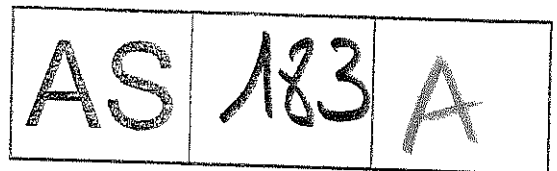
EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préciser que les médecins pouvant
bénéficier du contrat de praticien territorial de médecine générale doivent
être des médecins de plein exercice.

Projet de loi n° 287 de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT

Présenté par : Olivier Véran, Gérard Bapt, Gisèle Biemouret, Kheira Bouziane, Fanélie Carrey-Conte, Martine Carrillon-Couvreur, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Marc Germain, Linda Gourjade, Jérôme Guedj, Joëlle Huillier, Sandrine Hurel, Christian Hutin, Michel Issindou, Chaynesse Khirouni, Annie Le Houerou, Ségolène Neuville, Christian Paul, Martine Pinville, Denys Robiliard, Barbara Romagnan, Gérard Sebaoun, et les commissaires membres du groupe SRC



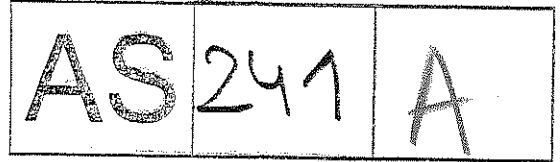
ARTICLE 40

A la première phrase de l'alinéa 2 de cet article, substituer aux mots : « dont la première inscription au tableau de l'ordre des médecins date de moins d'un an » les mots : « à la condition qu'il n'ait jamais été inscrit auprès du conseil de l'ordre comme médecin installé en exercice libéral ».

Exposé des motifs

Le conseil de l'ordre des médecins estime qu'il y a près de 10 000 médecins exerçant la médecine avec le statut de remplaçant. L'âge moyen d'installation recule depuis plusieurs années, et la durée de la période de remplacement avant installation augmente. Les médecins remplaçants disposent désormais d'un statut spécifique au conseil de l'ordre qui les distingue des médecins installés à exercice libéral.

Dans la mesure où le statut de praticien local de médecine générale n'a pas vocation à assurer une formation complémentaire aux jeunes médecins diplômés, le limiter aux seuls médecins tout juste inscrits au tableau de l'ordre est inutilement restrictif.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2013 (N°287)

**Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour
l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies
professionnelles**

Article 40

À l'alinéa 2, après les mots : « moins d'un an, », insérer les mots :
« ou avec un assistant des hôpitaux exerçant à mi-temps et ayant accompli
moins de deux ans de services effectifs à temps plein au sein d'un
établissement, »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à étendre le dispositif des praticiens territoriaux de médecine générale aux assistants hospitaliers ayant accompli moins de deux ans de services effectifs au sein d'un établissement de santé.

Face aux enjeux de démographie médicale, les centres hospitaliers dans les zones déficitaires en offre de soins, et notamment les hôpitaux locaux, doivent voir leur rôle redéfini autour de la notion de premier recours, et devenir de véritables pivots de l'offre de soins au niveau territorial. Le dispositif des PTMG constitue une opportunité de favoriser ce repositionnement des établissements en s'ouvrant aux assistants hospitaliers.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013 (n°287)

Commission	
Gouvernement	

AMENDEMENT

AS	129	A
----	-----	---

présenté par

M. Roumegas Jean-Louis, Mme Massonneau Véronique, M. Cavard Christophe

ARTICLE 40

A la première phrase de l'alinéa ~~3~~ de la section I, après les mots « de prévention », insérer les mots « et d'éducation à la santé »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Comme de nombreux pays occidentaux, la France se trouve en situation de crise sanitaire. Les maladies chroniques, qui sont des affections qui durent plusieurs années et progressent lentement, augmentent de manière inquiétante. Ces maux sont liés en partie à l'environnement des personnes les ayant contractées. L'exemple emblématique en est le cancer. Ce dernier a augmenté en France de 35 % pour les hommes depuis 1980 et 43 % pour les femmes d'après l'INSERM. De même, l'obésité progresse très rapidement, ainsi que l'asthme, les problèmes liés aux perturbateurs endocriniens et le diabète qui aurait progressé de 6 % par an entre 2000 et 2009.

Ces maladies qui coûtent cher à notre système de sécurité sociale ont plusieurs causes et doivent faire l'objet d'une politique de prévention qui passe notamment par l'éducation à la santé, sur l'ensemble du territoire.

Lutter contre les déserts médicaux en facilitant l'installation de jeunes praticiens, dans de bonnes conditions est essentiel pour enrayer ce phénomène. Garantir l'accès rapide de toutes et tous aux soins est un enjeu sanitaire mais c'est aussi un enjeu d'égalité. Ces praticiens locaux, doivent jouer un rôle central dans les politiques de prévention, dans l'information et dans l'éducation en matière de santé.

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT N°14

présenté par

Arnaud Richard, Francis Vercamer



ARTICLE 40

Insérer après l'alinéa ⁶ ~~D~~, l'alinéa suivant :

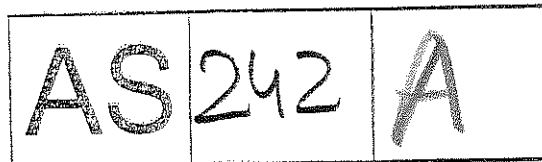
« Afin de faciliter l'installation durable des jeunes praticiens, chaque agence régionale de santé élabore chaque année, un objectif cartographié de création de maisons de santé, et ~~sanctuarisent à cet effet les lignes budgétaires permettant de financer locaux, matériel et personnel administratif partagés par secteur.~~ ^{de centres de santé} »

en concert ?

Exposé des motifs

La lutte contre les déserts médicaux nécessite un projet de maillage du territoire, via des structures polyvalentes d'offre médicale qui permettent à des praticiens généralistes de s'y installer durablement.

Cette démarche, qui apporte une garantie supplémentaire à la qualité de l'offre de soin et à la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, doit s'accompagner d'un processus de co-construction permanent entre tous els acteurs de l'offre médicale, y compris les hôpitaux publics et les cliniques, sous l'autorité des ARS.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2013 (N°287)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour
l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies
professionnelles

Article 40

Compléter cet article par les sept alinéas suivants :

III. – 1°) Après l'article L. 1435-3 du code de la santé publique, sont insérés trois articles L. 1435-3-1, L. 1435-3-2 et L. 1435-3-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 1435-3-1.* Dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 1435-3, des praticiens hospitaliers mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 peuvent exercer tout ou partie de leur activité dans des structures ou auprès de professionnels de santé implantés dans des zones définies à l'article L. 1434-7, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

Les conditions d'exercice de ces praticiens sont précisées dans le cadre d'une convention signée entre l'agence régionale de santé, l'établissement public de santé et la structure ou le professionnel de santé qui les accueille.

« *Art. L. 1435-3-2.* Dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 1435-3, les médecins des centres de santé peuvent exercer tout ou partie de leur activité dans des structures ou auprès de professionnels de santé implantés dans des zones définies à l'article L. 1434-7, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

« *Art. L. 1435-3-3.* L'agence régionale de santé peut conclure des conventions avec les organismes mentionnés à l'article L. 111-1 du code de

la mutualité. Ces conventions prévoient la mise à disposition de professionnels de santé salariés par ces organismes dans des structures ou auprès de professionnels de santé implantés dans des zones définies à l'article L. 1434-7, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

2°) Après l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, est inséré un article L. 1435-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1435-5-1. Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application de la présente section. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La mobilisation générale contre les déserts médicaux est l'une des urgences de cette législature pour la politique de santé. Comme l'énonçait la ministre de la santé en septembre dernier, *« il y a d'un côté, les Français qui vivent dans les villes centres, qui disposent de l'information nécessaire et des moyens financiers pour consulter les spécialistes qui y sont installés et qui bénéficient d'un réseau de connaissances leur permettant de s'orienter dans un univers où les délais de prise de rendez-vous deviennent préoccupants. Et de l'autre, on voit apparaître des inquiétudes chez nos concitoyens qui voient leurs médecins partir en retraite sans être remplacés, éprouvent des difficultés croissantes pour avancer leurs frais de santé et se sentent perdus face à la difficulté qu'ils éprouvent pour s'orienter et trouver les bons interlocuteurs »*.

Cette situation n'est pas acceptable.

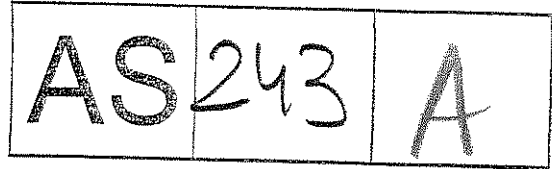
Pour lutter contre l'inégalité territoriale d'accès aux soins, il est nécessaire d'activer tous les outils possibles : la formation des jeunes médecins, le développement de nouveaux modes de rémunération, l'incitation à l'installation ou au maintien des professionnels, l'exercice interprofessionnel. Mais ces dispositions ne porteront leurs fruits qu'à moyen terme.

C'est pourquoi, dans l'immédiat, et parce que nous avons une obligation de résultats, il convient de proposer des solutions innovantes pour implanter à court terme des ressources médicales sur un certain nombre de territoires.

L'article 40 du présent projet de loi constitue une première avancée, avec la création de 200 professionnels territoriaux de médecine générale, qui iront soutenir ceux qui exercent dans les territoires déficitaires.

Cependant, dans un contexte où l'exercice libéral de la médecine n'est plus suffisamment attractif pour réussir la relève des générations, le développement des différentes formes de médecine salariée peut être une réponse aux déserts médicaux. Cette nouvelle forme de médecine doit être à la fois plus sécurisante pour les professionnels et plus souple dans son organisation, et s'appuyer sur davantage de transversalité entre le monde hospitalier et la médecine ambulatoire.

Le présent amendement propose de mettre en place des conventions, signées entre les ARS et des établissements hospitaliers, des centres de santé, ou des organismes mutualistes, prévoyant la mise à disposition de médecins salariés qui iront exercer en ambulatoire dans les zones sous-dotées d'un territoire, en particulier dans des maisons de santé pluri-disciplinaires.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2013 (N° 287)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour
l'assurance maladie et les accidents du travail

Article additionnel après l'article 40

Après l'article 40, insérer l'article suivant :

L'article L. 4322-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« Au dernier alinéa, après les mots : « de moins de trois ans, », supprimer les mots :
« dans des conditions fixées par décret »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a permis aux podologues de renouveler les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de 3 ans, sur le même principe que pour les opticiens, qui visait à faire l'économie d'une consultation auprès d'un médecin pour renouveler l'ordonnance, disposition qui a été transcrite dans l'article de loi L. 4322.1.

Or cette disposition est à ce jour inopérante. Cet amendement vise donc à la rendre d'application directe.



PROJET DE LOI
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE ~~76~~₄₀, insérer l'article suivant

A l'article L5125-23 du Code de la santé publique, alinéa 3, supprimer les mots « sous forme exclusivement manuscrite ».

EXPOSE SOMMAIRE

La Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a introduit dans la partie législative du Code de la santé publique, l'obligation pour le médecin d'inscrire sur l'ordonnance la mention « non substituable » sous forme exclusivement manuscrite.

A l'heure où les médecins sont fortement incités, par la Convention médicale des médecins généralistes et spécialistes signée le 26 juillet 2011, à travers le paiement à la performance, à informatiser les cabinets médicaux, et où s'engagent des réflexions sur les prescriptions électroniques pour lesquelles des expérimentations sont déjà prévues, il n'est pas concevable d'obliger les médecins pour chaque ligne de prescription de porter la mention « non substituable » sur l'ordonnance de façon manuscrite.

ART.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2013

Commission	
Gouvernement	

AS	176	NS
----	-----	----

AMENDEMENT 2

présenté par

MM Siré, ~~Aboul, Solle, Saleh, Stann, Sadiq, Dhafiq, Wines, Lacroix, Pava~~

Article Additionnel

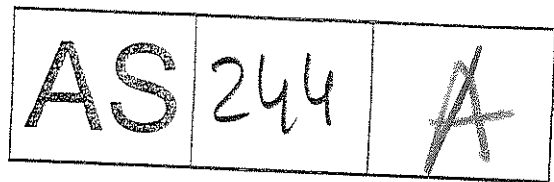
Après l'article ⁴⁰ ~~40~~, insérer l'article suivant :

A l'article L5125-23 du Code de la Santé publique, alinéa 3, supprimer les mots « sous forme exclusivement manuscrite ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a introduit dans la partie législative du Code de la santé publique, l'obligation pour le médecin d'inscrire sur l'ordonnance la mention « non substituable » sous forme exclusivement manuscrite.

A l'heure où les médecins sont fortement incités, par la Convention médicale des médecins généralistes et spécialistes signée le 26 juillet 2011, à travers le paiement à la performance, à informatiser les cabinets médicaux, et où s'engagent les réflexions sur les prescriptions électroniques pour lesquelles les expérimentations sont d'ores et déjà prévues, il n'est pas concevable d'obliger les médecins pour chaque ligne de prescription de porter la mention « non substituable » sur l'ordonnance de façon manuscrite.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2013 (N° 287)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour
l'assurance maladie et les accidents du travail

Article additionnel après l'article ~~32~~ 32

Le dernier alinéa de l'article 37 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 est ainsi rédigé :

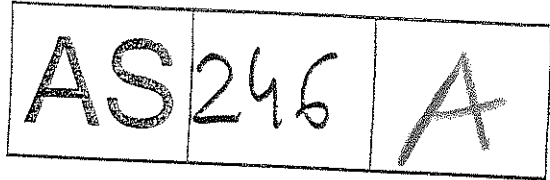
« XXIX. – A titre transitoire, la demande mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale est ouverte aux pédicures-podologues affiliés au régime mentionné à l'article L. 722-1 du même code à la date de publication de la présente loi. A cette fin, ils doivent adresser un courrier faisant état de leur choix à l'organisme en charge du recouvrement des cotisations du régime général dont ils dépendent et au régime social des indépendants au plus tard le 31 mars 2013. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Une dérogation ouvrant l'option RSI aux podologues a été ouverte dans le PLFSS 2012. Or, la mesure législative qui a été prise n'est pas reconductible. De plus, elle a été mal comprise par ~~les confrères et~~ ^{les professionnels} ~~consoeurs~~ qui craignaient en passant au RSI d'être déconventionnés sachant qu'ils sont par ailleurs très attachés au régime PAM.

~~C'est la raison pour laquelle~~ ^{NC} cet amendement vise à reconduire l'option RSI pour les pédicures-podologues pour 2013.

d'affiliat[°] au



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2013 (N° 287)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, Mmes Pinville, Bouziane, Le Houerou, Carillon-Couvreur et Clergeau

Article 41

À l'alinéa 3, substituer au mot :

« hospitaliers »,

les mots :

« de santé ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

Afin d'éviter des interprétations erronées, il est préférable de remplacer le terme d'« établissements hospitaliers » par celui d'« établissements de santé », l'ensemble de ces établissements, tous secteurs confondus, étant susceptible de prendre part à l'expérimentation des parcours de santé prévue au présent article.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2013 (N° 287)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, Mmes
Pinville, Bouziane, Le Houerou, Carillon-Couvreur et Clergeau

Article 41

AS	245	A
----	-----	---

À l'alinéa 3, après la seconde occurrence du mot :

« établissements »,

insérer les mots :

« et services ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à inclure dans le dispositif, outre les établissements médico-sociaux, les services médico-sociaux. Il apparaît en effet indispensable que les services d'aide à domicile, les services de soins infirmiers à domicile et les services polyvalents d'aide et de soin à domicile (SPASAD) puissent participer à l'expérimentation des parcours de santé et que des dérogations aux modes de facturation habituels de ces services puissent être prévues.

AS	247	A
----	-----	---

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2013 (N° 287)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, Mmes Pinville, Bouziane, Le Houerou, Carillon-Couvreur et Clergeau

Article 41

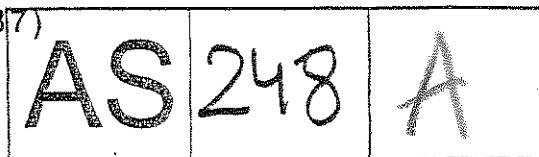
Compléter l'alinéa 3 par la phrase suivante :

« Il peut également être dérogé aux règles de facturation et de tarification applicables aux services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 et au 2° de l'article L. 313-1-2 assumant les missions de services polyvalent d'aide et de soins à domicile ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit, dans le cadre des projets pilotes de parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, de permettre aux services polyvalents d'aide et de soin à domicile (SPASAD) d'expérimenter des modalités de financement et d'organisation que la réglementation ne permet pas aujourd'hui. Ces services, qui regroupent l'aide à domicile et les soins infirmiers, participent au lien entre les secteurs sanitaire et social dans le cadre du domicile et favorisent ainsi la coordination des acteurs nécessaire au parcours de santé.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2013 (N° 287)



Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 41

À l'alinéa 6, supprimer les phrases :

« Lorsque la personne concernée est hors d'état d'exprimer son accord dans ces conditions, le consentement de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique doit être obtenu. À défaut, les informations en cause ne peuvent pas être échangées. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à clarifier les dispositions relatives au recueil du consentement des patients sur la transmission et le partage entre professionnels de santé des données relatives à sa prise en charge nécessaires à l'expérimentation des parcours de santé.

L'objectif est de déplacer à la fin de l'alinéa, afin de les mettre en quelque sorte en facteur commun, les dispositions qui précisent que lorsque le patient est dans l'impossibilité d'exprimer son consentement, celui-ci sera demandé à son représentant légal ou à la personne de confiance qu'il a désignée et qu'à défaut, les informations ne seront pas échangées.

Le présent amendement supprime donc dans un premier temps ces dispositions, qui seront ensuite rétablies par un amendement ultérieur.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2013 (N° 287)

AS	249	A
----	-----	---

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

la fin de la cinquième phrase de *Article 41*

À l'alinéa 6, après les mots : « ou organismes. »,

insérer les deux phrases suivantes :

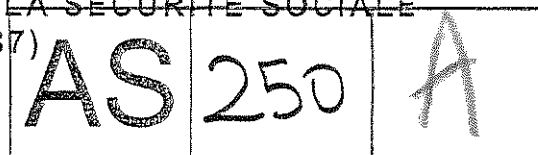
« Lorsque la personne concernée est hors d'état d'exprimer son accord dans ces conditions, le consentement de son représentant légal ou de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique doit être obtenu. À défaut, les informations en cause ne peuvent pas être échangées. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à clarifier les dispositions relatives au recueil du consentement des patients sur la transmission et le partage entre professionnels de santé des données relatives à sa prise en charge nécessaires à l'expérimentation des parcours de santé.

L'objectif est de déplacer à la fin de l'alinéa, afin de les mettre en quelque sorte en facteur commun, les dispositions qui précisent que lorsque le patient est dans l'impossibilité d'exprimer son consentement, celui-ci sera demandé à son représentant légal ou à la personne de confiance qu'il a désignée et qu'à défaut, les informations ne seront pas échangées.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE ~~LA SÉCURITÉ SOCIALE~~
POUR 2013 (N° 287)



Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 41

À l'alinéa 7, substituer aux mots :

« , les agences régionales de santé, l'assurance maladie, les établissements hospitaliers, sociaux, et médico-sociaux ainsi que les collectivités territoriales et organismes participant »

les mots :

« et les participants »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de simplification rédactionnelle.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT

AS	81	NS
----	----	----

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

ARTICLE 43

Supprimer cet article

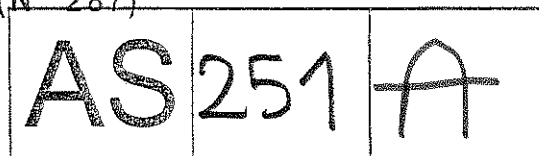
EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article apporte une mauvaise réponse à un vrai sujet, à savoir une réponse financière alors que la priorité devrait être à l'information et à l'éducation à la sexualité et à l'accompagnement des personnes en difficultés.

Le rapport Igas de 2009 ne préconise pas une prise en charge à 100 % mais recommande une amélioration de l'information et de la communication notamment en direction des publics précaires.

Cet article va conduire à une banalisation de l'IVG alors qu'elle doit rester, dans l'intérêt même des femmes, une solution ultime.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2013 (N° 287)



Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour
l'assurance maladie et les accidents du travail

Article additionnel après l'article 43

Après l'article 43, insérer l'article :

« L'article L. 162-13-3 du code de sécurité sociale est ainsi
modifié :

« En cas de transmission d'un échantillon biologique dans les
conditions mentionnées aux articles L. 6211-19 et L. 6211-20 du code de la
santé publique, et en-dehors du règlement intérieur d'une société d'exercice
libéral ou d'un contrat de coopération tel que défini à l'article L. 6212-6 du
code de la santé publique, chaque laboratoire intervenant est tenu de remplir
une feuille de soins d'actes de biologie médicale pour les actes qu'il a
effectués. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le nouveau mode de facturation des actes de biologie médicale, tel
qu'il est issu de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010, prévoit que les
laboratoires dits « de première intention » (effectuant les prélèvements)
facturent les actes de biologie médicale réalisés par les laboratoires dits « de
deuxième intention » (réalisant les analyses) pour le compte de ces derniers.

Or, ce nouveau mode de facturation, prévu à l'article L. 162-13-3
du code de la sécurité sociale, pose plusieurs difficultés de mise en œuvre,
en particulier :

– une augmentation des charges administratives pour les
laboratoires de première intention ;

— un retard de paiement des actes aux laboratoires de seconde intention.

Afin de résoudre ces difficultés, cet amendement propose d'instaurer un principe de facturation séparée, pour chaque laboratoire, des actes qu'il a réalisés. Ce principe était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 et ne posait pas de difficultés techniques particulières. En outre, le dispositif de facturation séparée ne préjudicie pas aux intérêts des assurés, dans la mesure où il est possible de prévoir, comme dans le cas d'une facturation unique, une information complète des tarifs des actes qui seront réalisés par les deux laboratoires.

AMENDEMENT

AS	191	A
----	-----	---

Présenté par : Christian Paul, Gérard Bapt, Gisèle Biemouret, Kheira Bouziane, Fanélie Carrey-Conte, Martine Carrillon-Couvreur, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Marc Germain, Linda Gourjade, Jérôme Guedj, Joëlle Huillier, Sandrine Hurel, Christian Hutin, Michel Issindou, Chaynesse Khirouni, Annie Le Houerou, Ségolène Neuville, Martine Pinville, Denys Robiliard, Barbara Romagnan, Gérard Sebaoun, Olivier Véran et les commissaires membres du groupe SRC

ARTICLE ADDITIONNEL

43

APRÈS L'ARTICLE ~~43~~, insérer l'article suivant :

Une expérimentation, d'une durée de deux ans, sera lancée pour mettre en place le tiers payant intégral pour les soins de ville en tarif opposable pour les étudiants. Le dispositif sera expérimenté dans trois villes universitaires. Une évaluation annuelle sera réalisée.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à expérimenter le tiers payant intégral (régime obligatoire et régime complémentaire) pour les soins de ville en tarif opposable à destination des étudiants.

La troisième enquête sur la santé des étudiants (LMDE 2011) a montré un renforcement important du **renoncement aux soins atteignant 34% en 2011**. Si ce renoncement implique différents facteurs (méconnaissance du système de santé, manque de temps, rapport au corps et à la santé) on ne peut occulter l'**impact du coût de la santé** dans un contexte de hausse continue du reste à charge pour les patients.

Dans la perspective d'une baisse globale du coût de la santé, en luttant contre les dépassements d'honoraires et le recul de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire notamment, le développement du tiers payant à destination des étudiants constituerait un véritable levier pour favoriser leur accès au système de santé.

Le **tiers payant** est d'ailleurs **reconnu dans la convention nationale** organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 26 juillet 2011 **comme un outil pour « conforter l'accès aux soins »** pour les publics les plus fragiles financièrement.

A l'issu de cette expérimentation l'application du tiers payant pour les soins de ville en tarif opposable pourrait être généralisée à l'ensemble de la population. **Supprimer le principe de l'avance de frais** contribuerait ainsi à **améliorer sensiblement l'accès aux soins**.

PROJET DE LOI
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT
Présenté par Arnaud Robinet

Article 44

l'alinéa 2
Après ~~le I.~~ de cet article, ajouter un I bis ainsi rédigé :

I bis – Compléter l'article L.5122-6 du code de la sécurité sociale par l'alinéa suivant :

« La reprise de dénomination mentionnée au 1er alinéa est précisée par décret en Conseil d'Etat ».

EXPOSE SOMMAIRE

L'interdiction proposée par l'article 44 n'a pas pour objet d'entraver l'essor de l'automédication justifiée ou de restreindre les mesures de régulation du CEPS (Comité économique des produits de santé) sur les médicaments remboursables ou de limiter les sanctions prévues au II.

En revanche, la portée du I. justifie de lever les ambiguïtés éventuelles relatives au contenu de la notion de « reprise de dénomination ».

ASSEMBLÉE NATIONALE

FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013 - (N°287)

AMENDEMENT N°

AS	82	ALS
----	----	-----

présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 44

l'alinéa 2

Après ~~le 1~~ de cet article, ajouter un I bis ainsi rédigé :

I bis – Compléter l'article L.5122-6 du code de la santé publique par l'alinéa suivant :

« La reprise de dénomination mentionnée au 1er alinéa est précisée par décret en Conseil d'Etat ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'interdiction proposée par l'article 44 n'a pas pour objet d'entraver l'essor de l'automédication justifiée ou de restreindre les mesures de régulation du CEPS (Comité économique des produits de santé) sur les médicaments remboursables ou de limiter les sanctions prévues au II.

En revanche, la portée du I. justifie de lever les ambiguïtés éventuelles relatives au contenu de la notion de « reprise de dénomination ».



PROJET DE LOI
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT
Présenté par Arnaud Robinet

Article 45

Supprimer cet article

EXPOSE SOMMAIRE

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

Cette disposition entraînerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Par ailleurs, cet article légaliserait le principe d'une inéquité d'accès aux soins entre les patients qui, pour des raisons de coût, se verraient imposer un traitement dont le bénéfice risque n'aurait pas été établi, et ceux qui bénéficieraient d'un traitement dont le bénéfice risque serait avéré.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM d'autant que l'Etat dispose de tous les leviers pour intervenir s'il considère qu'il existe un dysfonctionnement économique ou financier.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.

ASSEMBLÉE NATIONALE

FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013 - (N° 287)

AMENDEMENT N°

AS	83	NS
----	----	----

présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 45

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

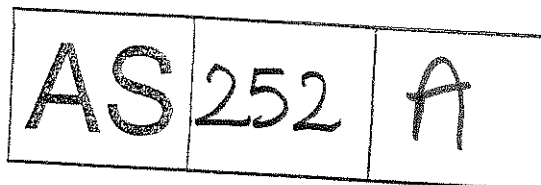
Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

Cette disposition entrainerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Par ailleurs, cet article légaliserait le principe d'une médecine à deux vitesses entre les patients qui, pour des raisons de coût, se verraient imposer par l'Assurance Maladie un traitement dont le bénéfice risque n'aurait pas été établi, et ceux qui pourraient accéder sans prise en charge collective à un traitement dont le bénéfice risque serait avéré.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM d'autant que l'Etat dispose, à travers le CEPS, des leviers nécessaires pour intervenir s'il considère qu'il existe un dysfonctionnement économique ou financier.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2013 (N° 287)

**Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour
l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article 45

À l'alinéa 2, après les mots, « aux dispositions du I », insérer les
mots : « , et à titre exceptionnel, »

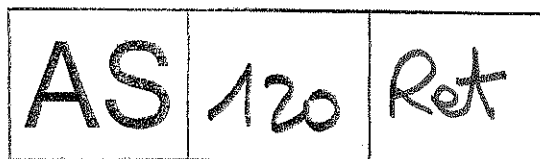
EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préciser que les demandes de recommandations d'utilisation temporaire visant à éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie et à lutter contre les distorsions de concurrence auront lieu à titre exceptionnel. Ils s'appuieront sur des critères précis définis par l'ANSM, prenant en compte notamment la population cible, la pathologie concernée, l'écart de prix entre le médicament bénéficiant de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication et celui pour lequel une RTU est envisagée, et surtout l'efficacité et la sécurité du produit.

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT N°17



présenté par

Francis Vercamer, Arnaud Richard

Article additionnel après l'article 45

Après l'article 45, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le b) du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du présent b, sont également inscrites, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, au répertoire des spécialités génériques les spécialités administrées par voie respiratoire qui présentent la même composition qualitative et quantitative en principe actif que la spécialité de référence et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence démontrée par les études de bioéquivalence appropriées réalisées avec les dispositifs médicaux d'administration par voie respiratoire propre à chaque spécialité. »

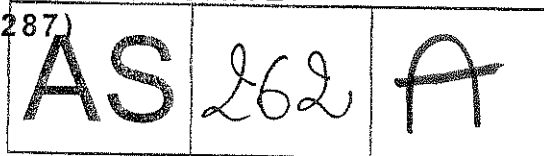
Exposé des motifs

Malgré une baisse de leur consommation, les médicaments génériques ont permis une économie de près de 2 milliards d'euros en 2011. Il est donc indispensable d'inscrire dans le répertoire des génériques les médicaments immédiatement après qu'ils soient tombés dans le domaine public, ce qui n'est pas toujours possible.

Cette hypothèse se présente avec deux médicaments antiasthmatiques administrés par voie respiratoire qui totalisent à eux seuls plus de 350 millions d'euros de remboursement par l'assurance maladie en 2011. Leurs brevets doivent expirer en décembre 2012 et septembre 2013.

L'objet de cet amendement est de modifier le Code de la santé publique pour qu'il permette une inscription de ces deux médicaments administrés par voie respiratoire au répertoire des médicaments génériques, permettant ainsi aux pharmaciens d'exercer leur droit de substitution sur ces médicaments et à la collectivité de réaliser d'importantes économies.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2013 (N°287)



Amendement présenté par Mme Catherine Lemorton, présidente

Article additionnel après l'article 45

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

1° L'article L. 5121-1-2 du code de la santé publique dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2015 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle ne peut mentionner le nom d'un fabricant de médicaments. »

2° À la fin du VI de l'article 41 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année « 2014 ». »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à empêcher la mention d'un nom de fabricant lors d'une prescription d'un médicament générique. Il s'agit d'éviter la mention d'un nom de laboratoire pharmaceutique générique lors de la prescription d'une spécialité pharmaceutique en dénomination commune internationale. Celle-ci doit permettre de délivrer le générique sans obliger le patient à privilégier un fabricant plutôt qu'un autre.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013
(n° 287)

Amendement proposé par Dominique Orliac

Après l'article 45, insérer
l'article suivant :

AS	29	NS
----	----	----

1^{er}/ Après l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5125-23-1, rédigé comme suit:

^A
~~L. 5125-23-1~~ ^A « En dehors des mentions obligatoires prévues par la réglementation en vigueur, toute mention ou allégation portée sur l'ordonnance qui ne concernerait pas une nécessaire transmission d'informations entre le prescripteur, le professionnel de santé concerné par l'exécution de l'ordonnance et le patient, est interdite ».

^{2^{ème}} L'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique devient l'article L. 5125-23-2.

Exposé des motifs

Certaines ordonnances portent des mentions ou allégations souvent pré-imprimées qui, sans aucun rapport avec l'information nécessaire du professionnel de santé concerné par son exécution, sont propres à nuire à ce dernier. Elles contribuent à désorienter un patient susceptible d'être déstabilisé dans la confiance qu'il accorde aux professionnels de santé et sont préjudiciables à une coopération entre professionnels de santé dans le cadre d'un parcours de soins.

C'est ainsi que certaines mentions portées sur l'ordonnance attirent l'attention du patient sur la mise en cause éventuelle de la responsabilité du professionnel de santé qui exécute l'ordonnance. Elles entravent les économies attendues notamment par les médicaments génériques.

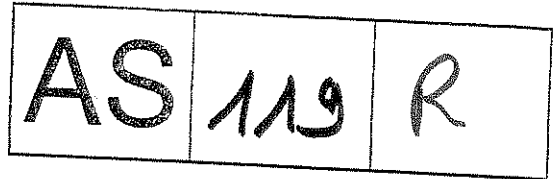
Cet amendement vise à combler l'absence de textes permettant de limiter des inscriptions inutiles sur l'ordonnance.

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT N°16

présenté par



Arnaud Richard, Francis Vercamer,

Article additionnel après l'article 45

Après l'article 45, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I- Compléter l'article L. 5311-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Met en œuvre, en liaison avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, avant le 1^{er} janvier 2014, un répertoire des équivalents thérapeutiques. Ce répertoire a pour objet de lister, par classe thérapeutique, les équivalents thérapeutiques ainsi que leurs spécialités génériques conformément au 17° de l'article L. 5121-1 du présent code. Il comprend notamment, pour chacune des spécialités recensées, des données relatives à la situation au regard du remboursement, à la note de service médical rendu, à la note d'amélioration du service médical rendu, au prix public et au coût moyen de traitement. Un décret fixe les conditions dans lesquelles ce répertoire est rendu gratuitement accessible aux professionnels de santé et au public. »

II- En conséquence, l'article L.5121-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 17° Equivalent thérapeutique, tout médicament qui dispose d'une équivalence pharmacologique au sein d'une même classe thérapeutique et qui bénéficie d'un même effet thérapeutique, d'un mécanisme d'action et d'un mode d'administration similaires ainsi que d'un profil de sécurité comparable pour les indications thérapeutiques communes. »

Exposé des motifs

L'année 2011 a été marquée par un recul inédit des génériques, après une forte progression jusqu'en 2008 et une stagnation relative depuis. Le HCAAM explique cette stagnation par le fait que *"la prescription – largement du fait de la pression commerciale des laboratoires – se déplace vers les produits "hors répertoire" et donc encore sous brevet"*.

Ce déplacement des prescriptions s'inscrit à rebours des objectifs de maîtrise des dépenses de santé, sans bénéfice thérapeutique avérés. Un travail pédagogique et un élargissement du répertoire des génériques devraient permettre d'endiguer la tendance à l'œuvre.

A cet effet, il est proposé que l'AFSSAPS, la HAS et l'Assurance maladie élaborent un répertoire des « équivalents thérapeutiques » avant le 1^{er} janvier 2014, sous réserve d'une définition précise de cette notion et de garanties thérapeutiques indubitables.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013 (n°287)

Commission	
Gouvernement	

AS	132	R
----	-----	---

AMENDEMENT

présenté par

M. Roumegas Jean-Louis, Mme Massonneau Véronique, M. Cavard Christophe

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 45

Après l'article 45, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I- Compléter l'article L. 5311-2 du code de la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Met en œuvre, en liaison avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, avant le 1^{er} janvier 2014, un répertoire des équivalents thérapeutiques. Ce répertoire a pour objet de lister, par classe thérapeutique, les équivalents thérapeutiques ainsi que leurs spécialités génériques conformément au 17° de l'article L. 5121-1 du présent code. Il comprend notamment, pour chacune des spécialités recensées, des données relatives à la situation au regard du remboursement, à la note de service médical rendu, à la note d'amélioration du service médical rendu, au prix public et au coût moyen de traitement. Un décret fixe les conditions dans lesquelles ce répertoire est rendu gratuitement accessible aux professionnels de santé et au public. »

II- En conséquence, l'article L.5121-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 17° Equivalent thérapeutique, tout médicament qui dispose d'une équivalence pharmacologique au sein d'une même classe thérapeutique et qui bénéficie d'un même effet thérapeutique, d'un mécanisme d'action et d'un mode d'administration similaires ainsi que d'un profil de sécurité comparable pour les indications thérapeutiques communes. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'année 2011 a été marquée par un recul inédit des génériques lié notamment à un déplacement des prescriptions des médicaments appartenant au répertoire des génériques vers des médicaments encore protégés par un brevet, notamment sous la pression de la visite médicale des laboratoires pharmaceutiques commercialisant des médicaments princeps.

Cette situation s'explique notamment par le champ trop étroit du répertoire des génériques, liste des

médicaments génériques et de leur princeps, établie par l' Afssaps, et utilisée d'une part, par les pharmaciens pour exercer la substitution et d'autre part, par les médecins pour prescrire des génériques.

En effet, ce répertoire a atteint aujourd'hui ses limites : si le taux de pénétration des génériques (qui correspond à la délivrance de spécialités génériques au sein de ce répertoire), a fortement progressé pendant quelques années, la part des prescriptions dans le répertoire a tendance à stagner, tel que le souligne le HCAAM dans son avis actualisé sur le médicament du 25 septembre 2008.

Le HCAAM explique cette stagnation par le fait que *"la prescription – largement du fait de la pression commerciale des laboratoires – se déplace vers les produits "hors répertoire" et donc encore sous brevet"*.

Ce déplacement des prescriptions qui existe pour la plupart des classes thérapeutiques au sein desquelles cohabitent une offre de spécialités génériques et une offre de spécialités protégées par brevets, nuit considérablement au développement du marché des génériques en France et va à l'encontre de l'intérêt général, détournant une partie des ressources des financeurs (Assurance maladie obligatoire, complémentaires et patients) vers des traitements plus coûteux sans bénéfice thérapeutique par rapport aux médicaments génériques contournés.

Aussi afin de lutter contre ce détournement de la prescription et obtenir une prescription plus efficiente, il est nécessaire d'informer le médecin sur les classes thérapeutiques et les différents médicaments, génériques et non génériques de rapport bénéfices/risques équivalent, qui les composent, avec des informations sur leurs différents coûts de traitements.

Il est ainsi proposé que l'AFSSAPS, la HAS et l'Assurance maladie mettent au point un répertoire plus large que le répertoire des génériques, qui correspondrait à un répertoire des équivalents thérapeutiques, d'ici au 1^{er} janvier 2014.

Une définition de l'équivalence thérapeutique est un préalable à la réalisation de ce répertoire, qui listerait sur un principe d'équivalence pharmacologique, les spécialités génériques, leurs princeps et les équivalents thérapeutiques et fournirait en plus des informations sur la situation au regard du remboursement, de l'évaluation ou sur le coût des traitements.

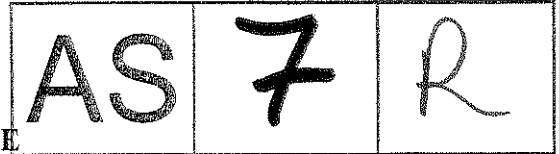
Une analyse récente de l'IRDES¹ a étudié, au sein de 31 groupes de médicaments similaires², les écarts de prix, sur la période 2001-2009, entre le premier entrant dans une classe thérapeutique et les entrants successifs. Il ressort de cette analyse qu'en 2009, l'écart moyen de prix par rapport au premier entrant au sein d'un groupe de médicaments similaires est de 59%.

Le répertoire des équivalents thérapeutiques constituerait ainsi un outil de régulation médico-économique permettant aux médecins d'identifier les stratégies de contournement et le surcoût qu'elles représentent pour la collectivité et de prescrire la molécule la moins chère au sein d'un groupe. Il constituerait ainsi une réponse à la préconisation du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie d'inciter les médecins à prescrire plus de génériques.

Il poursuit également l'objectif d'une plus forte responsabilisation des prescripteurs sur le montant des dépenses qu'ils engagent, impératif souligné par la Cour des Comptes dans son rapport sur l'application de la LFSS 2010.

¹ Question d'économie de la santé n°178, juillet-août 2012 « Comment expliquer les écarts de prix des médicaments similaires »

² Similaires au niveau moléculaire et présentant des indications thérapeutiques comparables.



PROJET DE LOI
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT
Présenté par Aranud Robinet

ARTICLE 46

Supprimer cet article

EXPOSE SOMMAIRE

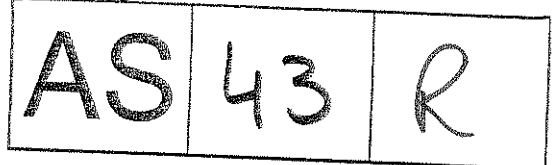
Le visiteur médical est un vecteur d'information indispensable. Il contribue au bon usage du médicament ainsi qu'au suivi de pharmacovigilance en permettant un entretien individuel efficace avec les prescripteurs pour une plus grande sécurité des patients (spécificités de prescription et d'administration, bon usage du médicament, effets secondaires et signalement à la pharmacovigilance,...).

Cet article 46 va à l'encontre d'une visite médicale de qualité et détériorera la sécurité sanitaire du médicament en remettant en place la visite médicale hospitalière collective dans les établissements hospitaliers sans les restrictions votées par l'assemblée nationale en décembre 2011, mais aussi par l'obligation pour les établissements de faire figurer cette mesure dans leur règlement intérieur.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT n°12



Présenté par Mme Bérengère POLETTI, MM Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELATTE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Mme Isabelle LE CALLENNEC, Jean LEONETTI, Céleste LETT, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard PERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE, Députés.

Article 46

Supprimer cet article

Exposé sommaire :

L'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital pour que celle-ci ait lieu devant un collège de plusieurs professionnels de santé et non plus avec un seul praticien en face à face. La discussion avait fait émerger un certain nombre de difficultés et le compromis qui avait été trouvé permettait de créer des conditions permettant d'éviter les dérives publicitaires et de promotion des médicaments pour recentrer la visite médicale sur son rôle important d'information du médecin.

Cette mesure expérimentale devait être suivie en milieu hospitalier pendant une durée limitée à deux ans. Or, l'expérimentation n'est pas terminée et n'a donc fait l'objet d'aucune analyse sur les conditions dans lesquelles elle peut, le cas échéant être généralisée. Cet article revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé, il est donc proposé de supprimer cet article qui n'a pas sa place dans un PLFSS.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR ~~2013~~

AMENDEMENT

AS	84	R
----	----	---

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

ARTICLE 46

Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article propose de modifier, sans qu'il ait pu être mise en œuvre, l'article 30 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 qui avait institué une expérimentation de la visite médicale collective à l'hôpital pour certains produits de santé.

Les modalités de cette expérimentation avaient été calibrées par le législateur qui avait amendé, à plusieurs reprises au cours de la procédure d'examen parlementaire, le dispositif initial proposé par le gouvernement d'alors.

En étendant la visite médicale collective à tous les médicaments, cet article propose de revenir au système qui avait été conçu par le précédent Ministre de la santé.

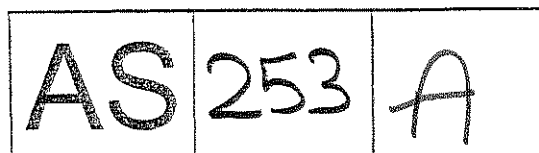
L'étude d'impact du projet de loi du 29 décembre 2011 évaluait le coût en termes d'emplois à 1.500 personnes (soit environ un tiers des effectifs de visiteurs médicaux hospitaliers), alors même que l'étude annexée au PLFSS évalue l'impact de cette disposition sur l'emploi direct à «aucun». Compte tenu de la conjoncture économique actuelle, cet article n'est pas opportun.

En outre, il s'agit, au regard de la jurisprudence du Conseil constitutionnel, d'un cavalier social.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2013 (N° 287)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 46



I. Substituer à l'alinéa 1 l'alinéa suivant :

« I. Après l'article L. 5122-9-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5122-9-2 ainsi rédigé : »,

II. En conséquence,

1° Au début de l'alinéa 2, supprimer la référence : « I. – » ;

2° Aux alinéas 5 et 8, substituer aux mots :

« du I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé »,

les mots :

« de l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique » ;

3° A l'alinéa 9, substituer aux mots :

« au I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé »,

les mots :

« à l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique » ;

4° Après l'alinéa 9, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« V. – Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est abrogé. »

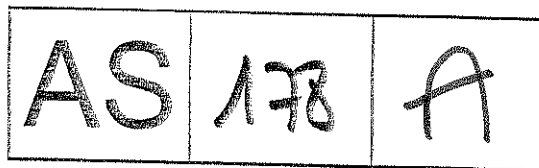
EXPOSÉ SOMMAIRE

Le dispositif proposé au présent article n'étant plus un dispositif expérimental, comme c'était le cas dans le cadre de la loi du 30 décembre 2011, mais une disposition pérenne, il est logique qu'il soit codifié au sein du code de la santé publique.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2013 (N° 287)

Amendement présenté par M. Gérard Bapt, député,
et Mme Catherine Lemorton, présidente

Article 46



À l'alinéa 2, après le mot :

« publique »,

insérer les mots :

« , à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent article pérennise, en améliorant ses conditions de mise en œuvre et en élargissant son champ, l'expérimentation prévue dans la loi du 30 décembre 2011 renforçant la sécurité sanitaire du médicament relative à l'organisation de la visite médicale à l'hôpital sous une forme collective.

L'objectif poursuivi ici est de contribuer à une plus grande maîtrise des prescriptions hospitalières, en particulier des prescriptions hospitalières exécutées en ville, par l'amélioration de la qualité de l'information apportée aux professionnels de santé et le développement du bon usage des produits.

La portée du présent article dépasse toutefois largement le cadre des prescriptions initiales hospitalières puisqu'il concerne potentiellement tous les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique. Il exclut donc aussi les visites en face à face pour les médicaments hospitaliers de prescription restreinte nécessitant un accompagnement spécifique régulier de chaque prescripteur.

L'objet de cet amendement est de recentrer le dispositif proposé sur les médicaments à prescription hospitalière exécutées en ville sur lesquels se concentrent les principaux enjeux financiers, tout en continuant à autoriser les visites individuelles de délégués médicaux pour les autres médicaments. En effet, la suppression de cette modalité d'échange pourrait s'avérer pénalisante pour les prescripteurs s'agissant notamment de pathologies rares.



PROJET DE LOI
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet

Article 46

I. – A la première phrase de l’alinéa 2, après les mots :

« L5311-1 du code de la santé publique »,

insérer les mots suivants :

« , à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, »

II. – A la première phrase de l’alinéa 5, après les mots :

« article L5311-1, »,

insérer les mots suivants :

« à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, ».

III. – A la première phrase de l’alinéa 8, après les mots :

« article L5311-1, » sont insérés les mots suivants :

« à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, ».

EXPOSE SOMMAIRE

L'article 46 du projet de loi encadre « l'information par démarchage ou la prospection » à destination des professionnels de santé, c'est-à-dire la visite médicale en milieu hospitalier, comme expressément mentionnée dans l'exposé des motifs du présent projet de loi. Il prévoit, à son alinéa premier, la limitation de la visite médicale à une visite collective devant plusieurs professionnels de santé, selon des conditions définies dans le règlement intérieur de chaque établissement. Cet article vient ainsi réformer les dispositions adoptées dans le cadre de l'examen du projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé adopté à la fin de l'année 2011.

Si ce dispositif permet de répondre, pour certaines classes de médicaments, à un objectif

d'amélioration de la qualité des soins et de diminution des pratiques de surprescription, l'adoption d'une telle réforme ne permettrait pas de prendre en compte les caractéristiques intrinsèques des maladies rares et des traitements qui leur sont destinés, parmi lesquels figurent les médicaments orphelins.

Au regard de la faible prévalence de ces pathologies, et du nombre extrêmement restreint de spécialistes-prescripteurs par établissement de santé, la visite médicale hospitalière joue en effet, pour les médicaments orphelins, un double rôle essentiel :

- Dans la formation au quotidien des équipes médicales aux spécificités des pathologies traitées, afin d'améliorer leur diagnostic et leur traitement ;
- Dans le développement et l'amélioration continue des activités de recherche sur les maladies rares, grâce aux retours en direct des équipes hospitalières sur l'application concrète de ces traitements.

Pour ces raisons, l'obligation de visite médicale collective semble en l'état inapplicable aux médicaments orphelins, au regard du faible nombre de spécialistes prescripteurs concernés.

Elle serait par ailleurs contreproductive, en ce qu'elle aurait pour conséquence directe une détérioration de l'indispensable collaboration entre les équipes médicales et les laboratoires. Elle priverait ainsi les équipes médicales d'une parfaite connaissance du médicament orphelin concerné et de son usage et pénaliserait le laboratoire dans ses activités de pharmacovigilance et de recherche. A ce titre, elle constituerait, à court et moyen terme, une régression dans l'accès des patients atteints de maladies rares à une prise en charge thérapeutique optimale de leur pathologie.

En excluant les médicaments orphelins de l'application de la visite médicale collective, telle que prévue par l'article 46 du présent projet de loi, le présent amendement tend à favoriser la pérennité d'un environnement favorable à la lutte contre les maladies rares, domaine dans lequel la France fait figure de précurseur depuis plus d'une dizaine d'années.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013
(n° 287)

Amendement proposé par Dominique Orliac

Article 46



– A la première phrase de l’alinéa 2, après les mots :

« L5311-1 du code de la santé publique »,

insérer les mots suivants :

«, à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, »

I. – A la première phrase de l’alinéa 5, après les mots :

« article L5311-1, »,

insérer les mots suivants :

« à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, ».

II. – A la première phrase de l’alinéa 8, après les mots :

« article L5311-1, » sont insérés les mots suivants :

« à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, ».

Exposé des motifs

L’article 46 du projet de loi encadre « l’information par démarchage ou la prospection » à destination des professionnels de santé, c’est-à-dire la visite médicale en milieu hospitalier, comme expressément mentionnée dans l’exposé des motifs du présent projet de loi. Il prévoit, à son alinéa premier, la limitation de la visite médicale à une visite collective devant plusieurs professionnels de santé, selon des conditions définies dans le règlement intérieur de chaque établissement. Cet article vient ainsi réformer les dispositions adoptées dans le cadre de

l'examen du projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé adopté à la fin de l'année 2011.

Si ce dispositif permet de répondre, pour certaines classes de médicaments, à un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de diminution des pratiques de surprescription, l'adoption d'une telle réforme ne permettrait pas de prendre en compte les caractéristiques intrinsèques des maladies rares et des traitements qui leur sont destinés, parmi lesquels figurent les médicaments orphelins.

Au regard de la faible prévalence de ces pathologies, et du nombre extrêmement restreint de spécialistes-prescripteurs par établissement de santé, la visite médicale hospitalière joue en effet, pour les médicaments orphelins, un double rôle essentiel :

- Dans la formation au quotidien des équipes médicales aux spécificités des pathologies traitées, afin d'améliorer leur diagnostic et leur traitement ;
- Dans le développement et l'amélioration continue des activités de recherche sur les maladies rares, grâce aux retours en direct des équipes hospitalières sur l'application concrète de ces traitements.

Pour ces raisons, l'obligation de visite médicale collective semble en l'état inapplicable aux médicaments orphelins, au regard du faible nombre de spécialistes prescripteurs concernés.

Elle serait par ailleurs contreproductive, en ce qu'elle aurait pour conséquence directe une détérioration de l'indispensable collaboration entre les équipes médicales et les laboratoires. Elle priverait ainsi les équipes médicales d'une parfaite connaissance du médicament orphelin concerné et de son usage et pénaliserait le laboratoire dans ses activités de pharmacovigilance et de recherche. A ce titre, elle constituerait, à court et moyen terme, une régression dans l'accès des patients atteints de maladies rares à une prise en charge thérapeutique optimale de leur pathologie.

En excluant les médicaments orphelins de l'application de la visite médicale collective, telle que prévue par l'article 46 du présent projet de loi, le présent amendement tend à favoriser la pérennité d'un environnement favorable à la lutte contre les maladies rares, domaine dans lequel la France fait figure de précurseur depuis plus d'une dizaine d'années.

Projet de loi n° 287 de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT

AS	187	A
----	-----	---

Présenté par : Gérard Sebaoun, Gérard Bapt, Gisèle Biemouret, Kheira Bouziane, Fanélie Carrey-Conte, Martine Carrillon-Couvreur, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Marc Germain, Linda Gourjade, Jérôme Guedj, Joëlle Huillier, Sandrine Hurel, Christian Hutin, Michel Issindou, Chaynesse Khirouni, Annie Le Houerou, Ségolène Neuville, Christian Paul, Martine Pinville, Denys Robiliard, Barbara Romagnan, Olivier Véran et les commissaires membres du groupe SRC

ARTICLE 46

la dernière phrase de
A l'alinéa 9, après le mot :

"notamment",

insérer les mots :

"sur le suivi par les établissements de santé des préconisations qu'elle formule en matière de visite médicale ainsi que"

EXPOSE SOMMAIRE

La visite médicale a fait l'objet d'un référentiel de certification publié en juillet 2011, d'un guide aux établissements de santé en matière de visite médicale de septembre 2011 ainsi que d'une liste des entreprises certifiées mise à jour le 30 juin 2012. Tous ces documents ont été élaborés par la Haute Autorité de Santé.

Le rôle de la visite médicale a également été discuté dans le rapport de l'IGAS de juin 2011 sur la pharmacovigilance et gouvernance du médicament

L'article 46 rend pérenne la visite médicale sous forme collective à l'hôpital faisant suite à l'expérimentation menée depuis 2 ans. Il est précisé que cette disposition permanente fera l'objet d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de Santé auprès des établissements de santé. L'amendement entend insister sur le suivi des préconisations du guide aux établissements de santé élaboré par l'HAS en matière de visite médicale

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT n°13

AS	44	R
----	----	---

Présenté par Mme Bérengère POLETTI, MM Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELATTE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Mme Isabelle LE CALLENNEC, Jean LEONETTI, Céleste LETT, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard PERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE, Députés.

Article 47

Supprimer cet article

Exposé sommaire :

L'arrêt de la convergence tarifaire telle qu'elle était prévue dans la loi HPST, est une grave erreur économique qui prive, à terme, notre pays d'un potentiel d'économies de l'ordre du plusieurs Milliards. Au contraire, il faut poursuivre les efforts engagés pour réduire l'écart entre les tarifs du public et du privé, à un rythme qui doit permettre à tous les acteurs de santé de s'adapter et d'améliorer l'organisation vers plus d'efficience.

En outre, le processus de convergence tarifaire répond, comme l'a montré la CNAMTS dans plusieurs de ses rapports « charges et produits » à une exigence d'équité de traitement entre les patients qui se voient allouer par l'assurance maladie des moyens différents à pathologie comparable.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT

AS	85	R
----	----	---

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

ARTICLE 47

Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à conserver la convergence tarifaire instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 entre établissements de santé publics et privés.

Il en va tout d'abord de l'équité de traitement entre établissement public et établissement privé. L'écart de tarifs entre public et privé est supérieur à 20 %. Si la mise en œuvre de la convergence tarifaire s'est heurtée à des difficultés techniques, la philosophie générale et son principe n'ont jamais été contestés : « A prestations identiques, tarifs identiques » - étant précisé que les missions spécifiques réalisées par les établissements de santé, publics ou privés, font l'objet d'un financement dédié (MIGAC).

Il en va ensuite, de l'équité de traitement entre patients : comme l'a montré la CNAMTS dans plusieurs de ses rapports « charges et produits », cette différence de tarifs est source d'iniquité entre patients qui se voient allouer par l'assurance maladie des moyens différents pour des pathologies comparables. Au point d'aboutir à des situations incohérentes où se faire hospitaliser dans certains établissements coûte parfois moins cher à l'assurance maladie mais plus cher au patient en raison notamment des dépassements d'honoraires.

Enfin, le rétablissement de la convergence tarifaire « ciblée », telle qu'elle a été mise en œuvre jusqu'à présent, vise à « sécuriser » le sous-Ondam hospitalier pour 2013. En effet, la suppression de la convergence fragilise potentiellement la tenue de l'Ondam : la convergence tarifaire « ciblée » permettait de réaliser chaque année près de 150 millions d'euros d'économies par une amélioration de la productivité des établissements publics. Le rétablissement de cette mesure contribuera aussi à la poursuite des efforts de productivité au sein de l'hôpital public.

La réduction de déficit doit être notre priorité absolue. La convergence tarifaire est un moyen d'y contribuer en rationalisant davantage les dépenses, sans remettre en cause la qualité des soins dispensés aux assurés.

ASSEMBLEE NATIONALE

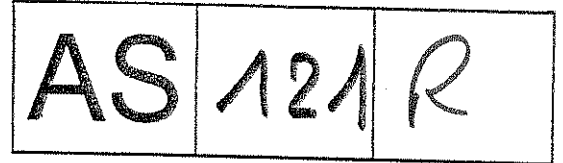
Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT N°18

présenté par

Arnaud Richard, Francis Vercamer,

Article 47



Supprimer cet article.

Exposé des motifs

Le décret n° 2012-596 du 24 avril 2012 détermine les missions de service public de santé. Les établissements de santé publics et privés participent à ces missions. La ministre de la santé a engagé une réflexion sur la notion de service public hospitalier dans le cadre du pacte de confiance. Dans ces conditions, on ne peut limiter le service public hospitalier aux établissements prévues aux a, b, et c de l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale sans que les conclusions de cette concertation n'aient été remises au Ministre.

Cette mesure revient à confier les missions de santé aux seuls acteurs publics de santé, alors que des missions de service public sont aujourd'hui assurées par des établissements de santé privés.

Par ailleurs, la justification de la fin de la convergence tarifaire par les missions de service public n'est pas opérante dans la mesure où ces missions ne sont pas financées par la tarification à l'activité, objet de la convergence, mais par les MIGAC.

La suppression de la convergence tarifaire par l'abrogation du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 et du 3° de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale aurait pour incidence d'empêcher la poursuite de la rationalisation du financement de la santé par le levier que constitue la transparence de l'allocation des ressources entre les différents opérateurs de soins visés à l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale.

Pour ces trois raisons, le présent amendement appelle la suppression de cet article.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2013 (N° 287)

AS

254

A

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 47

A l'alinéa 2, substituer au mot et à la référence :

« et XXII »,

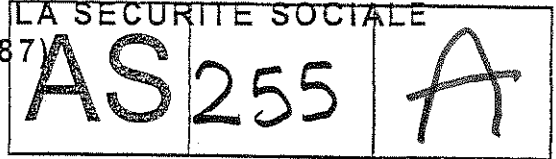
les références :

« XXII et XXIV ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de coordination.

Le paragraphe XXIV de l'article 1^{er} de la loi HPST, relatif aux établissements ayant conclu des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier, renvoie à la date prévue au VII de l'article 33 de la LFSS pour 2004 (fin de la convergence tarifaire) pour l'extinction desdits contrats : il convient donc de viser ce paragraphe dans les dispositions de coordination rendues nécessaires par l'arrêt du processus de convergence.



**Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles**

Article 47

Après le mot : « sont », rédiger ainsi la fin de l'alinéa 2 :

« remplacés par les mots : « ou, au plus tard, jusqu'au 1^{er} janvier 2016 ». »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 1^{er} de la loi HPST comporte des dispositions relatives aux établissements de santé privés non lucratifs rédigées en référence à la durée du processus de convergence tarifaire, l'objectif étant d'instaurer une période de transition avant le basculement de ces établissements sous le nouveau statut d'ESPIC (établissements de santé privé d'intérêt collectif).

La suppression, par coordination, de la mention du délai de convergence au sein de ces dispositions de la loi HPST, laisse comme seule date butoir à leur application le terme des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par ces établissements avec les ARS (cf. « *Les établissements (...) continuent d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions prévues à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard, jusqu'à la date mentionnée au VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003* »).

Le renouvellement des CPOM devient donc la date de référence pour le basculement sous le statut d'ESPIC. Or, pour certains de ces établissements, les CPOM en cours sont susceptibles d'arriver à échéance prochainement, potentiellement avant que le Parlement n'ait pu adopter une nouvelle loi redéfinissant le service public hospitalier, conformément à l'objectif que s'est fixé le Gouvernement.

Cet amendement vise donc à réintroduire, à titre transitoire, une date butoir dans le dispositif afin que ces établissements puissent, dans l'attente d'un prochain texte, continuer à exercer leurs missions dans les mêmes conditions qu'aujourd'hui.