

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 5/5 rect**

# ASSEMBLEE NATIONALE

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

### AMENDEMENT

AS	87	NS
----	----	----

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENEC

### ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 47

Rédiger ainsi cet article :

« Avant le 15 avril 2013, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'évolution des effectifs hospitaliers publics, précisant notamment l'évolution du nombre d'équivalents temps plein (ETP) hospitaliers par rapport à l'évolution de la population et par type d'activité (chirurgie, urgences, etc.), dans une approche comparée au niveau européen. Il formule des scénarii pour une stratégie nationale d'évolution de ces effectifs hospitaliers publics dans le cadre d'un objectif-cible de réorganisation de l'offre de soins recentrant l'hôpital sur la prise en charge des cas lourds et complexes. Il chiffre les économies potentielles à la suite des restructurations hospitalières déjà envisagées région par région pour la période 2013-2017. »

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Le rapport IGF-Igas sur la maîtrise de l'Ondam 2013-2017, rendu public en juillet 2012, souligne les marges d'efficience dans l'organisation de notre système de soins et en particulier à l'hôpital :

- La dépense en soins hospitaliers représente 36 % de la dépense de santé en France contre 29 % en moyenne dans les pays de l'OCDE ;
- La France dispose d'un nombre d'ETP hospitaliers pour 1000 habitants parmi les plus élevés de l'OCDE : 17,88 ETP/ 1000 habitants contre 10,99 en Allemagne.

Le rapport formule plusieurs scénarii d'évolution, dont l'un prévoit des économies de 15 milliards d'euros dont 60 % sur l'hôpital public. L'indispensable restructuration de l'offre de soins hospitalière doit s'accompagner d'une stratégie sur l'évolution des effectifs hospitaliers. Cet amendement doit permettre de disposer de ces éléments en vue de l'élaboration de cette stratégie.

# ASSEMBLEE NATIONALE

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

### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	88	NS
----	----	----

### ARTICLE 48

Supprimer cet article.

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

La situation financière des hôpitaux est préoccupante :

- bien qu'en diminution, le déficit des hôpitaux reste élevé, en particulier dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ;
- le taux d'endettement des établissements de santé publics n'a cessé de croître, passant de 38 % en 2004 à 54 % en 2010, notamment à la suite des différents plans d'investissements hospitaliers. En juillet dernier, l'agence de notation Moody's a abaissé la note des Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), qui sont mis sous surveillance négative, en raison de la situation financière de certains établissements, notamment de l'Outre-Mer.
- Dans ce contexte, il n'est pas raisonnable d'ouvrir la possibilité aux établissements hospitaliers d'émettre des billets de trésorerie c'est-à-dire de « titriser » leur dette pour couvrir des besoins de trésorerie. Cette facilité de financement s'ajoute à celle, prise par arrêté en août 2012, avançant la date de versement des ressources des établissements du 25 au 20 du mois.

Ces mesures risquent de remédier très provisoirement aux difficultés actuelles sans engager les réformes structurelles pourtant nécessaires. Il convient plutôt, suivant les recommandations du rapport IGF-Igas de juillet 2012, de renforcer les mesures d'encadrement des flux de nouveaux emprunts et de maîtrise de l'endettement dans l'esprit du décret du 14 décembre 2011. Celui-ci prévoit notamment d'encadrer le recours à l'emprunt pour les établissements dont la situation financière est déjà dégradée. Il convient, aussi et surtout, d'engager les hôpitaux en situation difficile dans une démarche de performance (rationalisation des achats, externalisation des fonctions supports, optimisation du patrimoine immobilier et foncier, diversification des ressources, etc.).

En conséquence, il est proposé de supprimer cet article.

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet

Article 49

Supprimer cet article

EXPOSE SOMMAIRE

Le I de l'article 49 du projet de loi de financement de la sécurité sociale vise à reporter une nouvelle fois la date de généralisation de la facturation individuelle mise en place par la loi n° 2003-199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. Le dernier report datait de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Une nouvelle fois, le Gouvernement reporte ce dispositif qui avait pourtant vocation à participer à la transparence des finances sociales dans notre pays et à leur rationalisation.

Le II de l'article 49 vise à reporter le passage des ex-hôpitaux locaux à la tarification à l'activité (T2A) au 1er mars 2015. Une nouvelle fois, le Gouvernement reporte la mise en œuvre d'une réforme votée par le Parlement visant à assurer un mode de tarification identique au sein de l'ensemble des établissements de santé français.

Le III de l'article 49 prévoit que les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif pourront jusqu'au 31 décembre 2015 continuer à calculer la participation financière des assurés au frais de soins (ticket modérateur) sur la base des tarifs journalisés de prestations (TPJ) définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjour (GHS).

Comme le remarque l'exposé des motifs sous l'article 49 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, les montants de TPJ sont supérieurs au montant des GHS. Le reste à charge est donc supérieur pour le patient.

Le III de l'article 49 du PLFSS pour 2013 aggrave donc les dépenses sociales.

Au surplus, il constitue un système profondément inéquitable entre les établissements publics et privés de santé.

On peut d'ailleurs légitimement s'interroger sur le maintien d'un tel système dérogatoire au regard des règles du droit communautaire de la concurrence.

# ASSEMBLEE NATIONALE

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

AMENDEMENT n°14

AS	45	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 49

Supprimer cet article.

### Exposé des motifs :

La mise en place la tarification à l'activité (T2A) est un progrès considérable par rapport à l'ancien mécanisme, dit de la dotation globale, qui reposait sur une reconduction automatique, avec application d'un taux d'évolution, de la dotation budgétaire de l'année précédente, sans lien avec l'activité médicale, et qui conduisait trop souvent soit à une surdotation, soit à une sous-dotation.

Le report au 1er janvier 2016 de la généralisation de la facturation individuelle dans les établissements de santé ex DG (fixée au 1er janvier 2013), ainsi que le report au 1er mars 2015 de la mise en œuvre de la T2A pour les ex hôpitaux locaux (prévue au 1er mars 2013), ainsi, enfin que le report au 31 décembre 2015 de la mise en œuvre de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation sur la base des tarifs nationaux de prestation issus des GHS (prévue au 31 décembre 2012), met un cout d'arrêt la mise en place de la Tarification à l'activité largement préjudiciable à la bonne gestion des deniers publics.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

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

### AMENDEMENT

AS	89	NS
----	----	----

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

#### ARTICLE 49

Supprimer cet article.

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Reporter ces réformes structurelles n'est pas responsable compte tenu de la situation des comptes sociaux de notre pays.

Le I. vise à reporter une nouvelle fois la date de généralisation de la facturation individuelle mise en place par la LFSS 2004 et qui avait vocation à participer à la transparence des finances sociales dans notre pays et à leur rationalisation.

Le II vise à reporter le passage des ex-hôpitaux locaux à la tarification à l'activité (T2A) au 1<sup>er</sup> mars 2015 et qui devait assurer un mode de tarification identique au sein de l'ensemble des établissements de santé français.

Le III prévoit que les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif pourront jusqu'au 31 décembre 2015 continuer à calculer la participation financière des assurés au frais de soins (ticket modérateur) sur la base des tarifs journaliers de prestations (TPJ) définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjour (GHS).

Comme le remarque l'exposé des motifs de l'article 49, les montants de TPJ sont supérieurs au montant des GHS. Le reste à charge est donc supérieur pour le patient. Le III de l'article 49 du PLFSS pour 2013 aggrave donc les dépenses sociales. Au surplus, il constitue un système profondément inéquitable entre les établissements publics et privés de santé. On peut enfin légitimement s'interroger sur le maintien d'un tel système dérogatoire au regard des règles du droit communautaire de la concurrence.

**ASSEMBLEE NATIONALE**

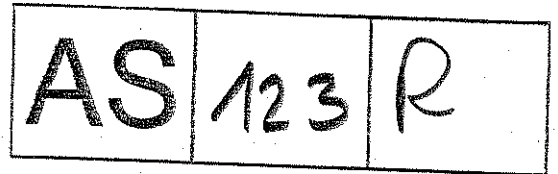
Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

**AMENDEMENT N°20**

présenté par

Francis Vercamer, Arnaud Richard

**Article 49**



Supprimer cet article.

**Exposé des motifs**

Cette disposition vise à reporter une nouvelle fois la généralisation de la facturation individuelle, ainsi que le passage des ex-hôpitaux locaux à la tarification à l'activité (T2A). Elle est donc inopérante et en ce qui concerne le III., elle aboutit à une aggravation des dépenses sociales.

# ASSEMBLEE NATIONALE

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

AS	46	R
----	----	---

### AMENDEMENT n°15

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 49

Supprimer ~~le~~ les alinéas 2 à 5

#### Exposé des motifs.

Dans un souci de transparence, il est essentiel de disposer de données fiables et complètes sur l'évolution des dépenses hospitalières publiques, comme c'est le cas pour les établissements de santé privés. Ces données doivent également permettre d'améliorer les actions de gestion du risque mises en place par l'assurance maladie en direction des hôpitaux.

Le système de facturation individuelle devait être généralisé au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Un nouveau report est préjudiciable au meilleur contrôle par l'Assurance maladie, c'est la raison pour laquelle il convient de le supprimer.

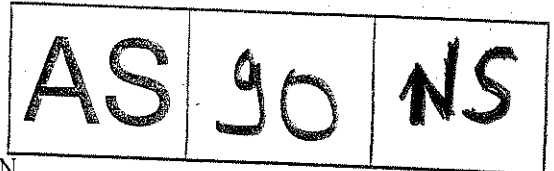


# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

### AMENDEMENT



Présenté par Dominique TIAN

### ARTICLE 49

Supprimer les alinéas <sup>2</sup> à 5 de cet article.

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Le suivi des dépenses hospitalières publiques reste parcellaire. Les établissements de santé privés ont mis en place un système de facturation individuelle et directe des soins hospitaliers permettant un suivi en temps réel par l'assurance maladie. Ce n'est pas le cas des établissements publics - le projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) étant toujours en cours d'expérimentation. L'assurance maladie n'a accès qu'avec retard aux données hospitalières publiques, et encore incomplètes, données qui transitent par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Dans un souci de transparence, il est essentiel de disposer de données fiables et complètes sur l'évolution des dépenses hospitalières publiques comme c'est le cas pour les établissements de santé privés. Ces données doivent également permettre d'améliorer les actions de gestion du risque mises en place par l'assurance maladie en direction des hôpitaux.

En conséquence, cet amendement propose de supprimer le nouveau report tel que proposé de la généralisation de la facturation individuelle et directe.

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet

----

~~ARTICLE ADDITIONNEL~~

~~APRES L'ARTICLE 49, insérer l'alinéa suivant~~

*Après l'alinéa 5, insérer l'alinéa suivant :*

~~Le I de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, est complété par un sixième alinéa rédigé comme suit :~~

« Un bilan du processus d'expérimentation de la procédure de facturation dérogatoire ci-dessus visée est transmis pour information au Parlement avant le 15 septembre de chaque année ».

EXPOSE SOMMAIRE

Le principe d'une facturation dissociée selon le type d'établissements de santé pratiquant une activité de MCO a été retenu. A ce titre, les établissements dits « ex OQN » sont passés en facturation individuelle, la facturation des établissements « ex DG » ayant été conçue quant à elle de façon dérogatoire, selon un mécanisme différent.

Cette procédure dérogatoire devait initialement ne s'appliquer que pour l'année 2005. La date de la convergence a été successivement repoussée au 31 décembre 2008, au 1er juillet 2011, puis au 1er janvier 2013.

Ces reports successifs ne peuvent être acceptables qu'à condition qu'un bilan du processus d'expérimentation de la procédure de facturation dérogatoire soit transmis pour information au Parlement chaque année.

# ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT

AS	92	NS
----	----	----

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

ARTICLE 49

~~Supprimer le III de cet article.~~  
Supprimer le III de cet article. l'alinéa 6

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il n'y a pas lieu de reporter la mise en œuvre de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation sur la base de tarifs nationaux de prestation issus des GHS.

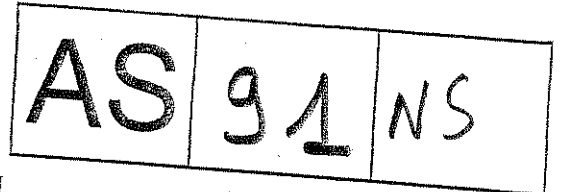
# ASSEMBLEE NATIONALE

---

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

### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN



### ARTICLE 49

*L'alinéa 8*

Supprimer le ~~II~~ de cet article

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Il n'y a pas lieu de reporter la mise en œuvre de la T2A pour les ex hôpitaux locaux

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

AS	93	NS
----	----	----

Après l'alinéa 3,

ARTICLE 49

Compléter cet article par un paragraphe 4<sup>o</sup> ainsi rédigé :

Il est inséré au deuxième alinéa du III de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, un alinéa 2 ainsi rédigé :

« Le ministre en charge de la santé communique chaque année et au plus tard le 30 juin au Parlement un rapport indiquant les tarifs journaliers de prestations relatif à chaque établissement de santé public et privé non lucratif. Le rapport examine les disparités dans la fixation de ces tarifs. »

**Exposé sommaire**

Le III de l'article 49 prévoit que les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif pourront jusqu'au 31 décembre 2015 continuer à calculer la participation financière des assurés au frais de soins (ticket modérateur) sur la base des tarifs journaliers de prestations (TPJ) définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjour (GHS).

Comme le note l'exposé des motifs, les montants de TPJ sont supérieurs au montant des GHS. Le III de l'article 49 du PLFSS pour 2013 aggrave donc les dépenses sociales.

Dans un contexte de crise budgétaire grave, cet amendement vise à faire connaître aux parlementaires, dans la plus grande transparence, le coût du III de l'article 49 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013  
AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet

---

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE ~~49~~, insérer l'article suivant  
49

Le II de l'article L162-22-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, précise les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que l'évaluation prévisionnelle de la croissance de cette activité pour les années à venir et les changements de régime juridique et financier de certains établissements»

EXPOSE SOMMAIRE

La fixation de l'objectif quantifié national pour les établissements de soins de suite et réadaptation ainsi que de psychiatrie a été affinée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui a intégré parmi les éléments constitutifs de cet objectif les créations et fermetures d'établissements et les changements de régime juridique et financier, et cela dans un souci de détermination la plus fine et la plus conforme à la réalité d'évolution notamment du secteur des soins de suite en forte croissance du fait de l'augmentation des besoins de soins.

Mais la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a supprimé les éléments dont doivent tenir compte les pouvoirs publics pour fixer cet objectif quantifié national, en contradiction avec la volonté régulièrement affirmée du Parlement que les fixations des objectifs de dépenses et notamment de l'OQN soient le plus fondées possibles, en intégrant l'ensemble des éléments influant sur les secteurs d'activité concernés. Plus on retire d'éléments à prendre en compte dans la fixation d'objectifs de dépenses, plus on tend à rendre ceux-ci inexacts, irréalistes voire arbitraires.

Outre la réintégration des dispositions figurant antérieurement dans la loi, le présent amendement vise à parfaire la constitution de l'objectif en y intégrant une évaluation prévisionnelle de la dynamique de croissance des activités en soins de suite et réadaptation pour les années à venir qui résulte des autorisations de création ou de transformations délivrées par les agences régionales de santé.

# ASSEMBLEE NATIONALE

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

### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

#### ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 49

AS	96	NS
----	----	----

Insérer un nouvel article ainsi rédigé :

Le II de l'article L162-22-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, précise les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet notamment l'évolution des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ainsi que l'évaluation prévisionnelle de la croissance de cette activité pour les années à venir et les changements de régime juridique et financier de certains établissements»

#### Exposé sommaire

La fixation de l'objectif quantifié national pour les établissements de soins de suite et réadaptation ainsi que de psychiatrie a été affinée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui a intégré parmi les éléments constitutifs de cet objectif les créations et fermetures d'établissements et les changements de régime juridique et financier, et cela dans un souci de détermination la plus fine et la plus conforme à la réalité d'évolution notamment du secteur des soins de suite en forte croissance du fait de l'augmentation des besoins de soins.

Mais la LFSS 2009 a supprimé les éléments dont doivent tenir compte les pouvoirs publics pour fixer cet objectif quantifié national, en contradiction avec la volonté régulièrement affirmée du Parlement que les fixations des objectifs de dépenses et notamment de l'OQN soient le plus fondées possibles, en intégrant l'ensemble des éléments influant sur les secteurs d'activité concernés. Plus on retire d'éléments à prendre en compte dans la fixation d'objectifs de dépenses, plus on tend à rendre ceux-ci inexacts, irréalistes voire arbitraires.

Outre la réintégration des dispositions figurant antérieurement dans la loi, le présent amendement vise à parfaire la constitution de l'objectif en y intégrant une évaluation prévisionnelle de la dynamique de croissance des activités en soins de suite et réadaptation pour les années à venir qui résulte des autorisations de création ou de transformations délivrées par les ARS.

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

Amendement proposé par Dominique Orliac

Article 50

AS	31	NS
----	----	----

~~Proposition de suppression~~  
Supprimer cet article.

Exposé des motifs

Avec pour objectif de rationaliser les coûts de gestion des stocks de médicaments et de dispositifs médicaux, cet article propose d'autoriser les établissements de santé ainsi que les groupements de coopération sanitaire, à « sous-traiter » le stockage et la distribution de certains de ces produits à des établissements pharmaceutiques. A ce titre, des laboratoires pharmaceutiques, des fabricants ou exploitants de médicaments, des distributeurs en gros mais également des dépositaires pourraient se voir confier de telles activités.

Outre le bouleversement apporté au principe d'unité de lieu entre stockage et dispensation des produits de santé, cette mesure introduit une dérogation inédite à la séparation des fonctions dévolues aux établissements pharmaceutiques d'une part, et aux pharmacies à usage intérieur d'autre part, celles-ci étant traditionnellement en charge de la dispensation au détail des médicaments et des dispositifs médicaux. En effet, compte tenu du caractère très général et imprécis de la mesure proposée, rien n'interdirait de démembrer également des activités qui relèvent de la définition même de la dispensation au détail comme, par exemple, la mise en piluliers des spécialités pharmaceutiques, avant leur administration aux patients hospitalisés.

Dès lors, et alors même que les textes qui ont vocation à encadrer, dans un but de sécurité sanitaire, cette pratique ne sont toujours pas publiés, il est permis de douter de l'opportunité d'une telle disposition qui crée une confusion des genres entre les différents acteurs de la chaîne du médicament avec, pour conséquence, un risque accru d'accidents thérapeutiques dans la prise en charge des patients. Les manipulations et les mouvements de médicaments entre établissements pharmaceutiques et établissements de santé ou groupements de coopération sanitaires qui seraient ainsi appelés à se développer ne manqueraient pas d'accroître les risques d'erreurs dans la dispensation des médicaments et, par voie de conséquence, d'effets iatrogènes. Enfin, rien ne permet de garantir que les établissements de santé seront en mesure de contrôler le caractère satisfaisant des conditions de sécurité et de personnel mises en oeuvre en vue du stockage et de la distribution des produits de santé concernés.

Contrairement aux termes de son exposé des motifs, cette mesure n'apporte donc aucune amélioration dans la sécurisation du circuit des médicaments et des dispositifs médicaux. Bien au contraire, elle induit un risque de dégradation de la qualité de la dispensation desdits produits, raison pour laquelle nous demandons sa suppression.



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

AS	256	A
----	-----	---

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

---

*Article 50*

A la fin de l'alinéa 2, supprimer les mots :

« , qui entraîne la modification de l'autorisation initiale »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de simplification rédactionnelle.

Cette précision est inutile.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT

AS	99	NS
----	----	----

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

*les alinéas 1 à 6* ARTICLE 51

Supprimer le II. de cet article. 2 à 6

Exposé des motifs

Le II. de cet article a pour objet la prise en charge par l'Etat au profit des détenus du ticket modérateur, de la franchise et des participations forfaitaires dues par l'ensemble des autres assurés sociaux.

Il s'agit d'une mesure non détaillée dans l'exposé des motifs et dans l'étude d'impact. Le législateur est donc dans l'ignorance du nombre de ses bénéficiaires et de son coût, alors que les contraintes budgétaires devraient conduire le gouvernement à une grande vigilance sur l'octroi d'avantages hors du droit commun.

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

AMENDEMENT

AS	189	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 51

Aux alinéas 3, 4 et 17

Dans l'ensemble de l'article, remplacer le mot :

"détenus"

par les mots

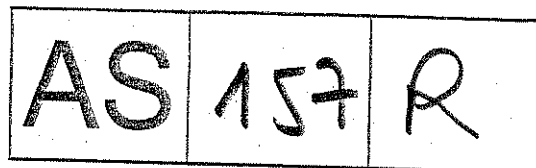
"personnes détenues"

-----  
EXPOSE SOMMAIRE

Amendement de cohérence visant à remplacer sur l'ensemble des propositions contenues dans l'article 51 le mot détenu par "personne détenue" comme indiqué dans la modification du 1° de l'article L.381-30 du code de la sécurité sociale.

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

Amendement n°7



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

A l'article 53

L'article 53 est supprimé.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Il est proposé de supprimer l'article 53 du PLFSS 2013, disposition déjà envisagée dans les premières discussions précédant le PLFSS 2012 puis abandonnée. En effet, cette disposition entraînerait de très grandes difficultés pour les établissements et services et dans l'organisation des prises en charge, dues aux délais de notification des Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). En effet et en l'absence de notification individuelle, aucune facturation n'est possible. Quelques cas de figure correspondent à cette difficulté :

- **Les jeunes adultes maintenus au titre de l'amendement Creton en Institut Médico-Educatif** : ces jeunes adultes restent présents au sein des IME dans l'attente de leur notification de maintien par la MDPH. Certaines MDPH ont des délais de traitement de dossiers supérieurs à un an. Du coup, les établissements font l'avance de la prise en charge puis facturent aux CPAM dès lors que les notifications leur parviennent des MDPH.
- **Les jeunes enfants (3 ans) inconnus des MDPH qui intègrent un IME** : les établissements commencent les prises en charge sans attendre les notifications afin de ne pas retarder l'engagement de la prise en charge. Là encore, les délais de notification peuvent être supérieurs à un an, donc décaler d'autant les facturations.
- **Les cas de renouvellement des notifications** : les renouvellements rencontrent les mêmes problématiques de gestion des dossiers par les MDPH.

D'une manière générale, se pose le problème des délais de traitement des dossiers par les MDPH, qui ne peut se traduire par des dispositions gravement dommageables pour les établissements et services pour personnes handicapées et les personnes qu'ils accueillent et accompagnent.

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

### Amendement n°8

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

#### Article 54

~~Après le 2° de l'article 54 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, il est inséré un 2° bis rédigé comme suit :~~

A l'alinéa 1, remplacer le mot : « supprimés », par les mots : « remplacés par un alinéa ainsi rédigé » :

Il est inséré un huitième alinéa ainsi rédigé : « Dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L 313-12 du présent code, qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur mais qui ont mis en place les expérimentations prévues par l'article 64-I de la Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 modifiée par la Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010, les prestations de soins comprennent l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L 165-1 du code de la sécurité sociale, sauf opposition expresse de la part de leur représentant légal déclarée à l'Agence Régionale de Santé, avant le 1<sup>er</sup> Juillet 2013 ».

#### EXPOSÉ DES MOTIFS

L'article 64-I de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu, des expérimentations relatives à l'intégration des dépenses de médicaments et à leur prise en charge par les forfaits soins des EHPAD.

Ces expérimentations prenaient fin le 1<sup>er</sup> janvier 2013, échéance reportée au 1<sup>er</sup> Juillet 2013 par le I de l'article 54 du PLFSS 2013.

Aucune solution de continuité n'est envisagée afin de permettre aux établissements expérimentateurs de continuer à gérer des dotations qu'ils ont perçues pour les médicaments, afin de prendre en compte les nouvelles organisations qu'ils ont consenties, afin de contribuer loyalement et utilement à l'expérimentation.

Au terme de l'expérimentation, les établissements expérimentateurs sont satisfaits des résultats et de l'effet levier que celle-ci a permis au sein de leurs structures, tant en termes de qualité des prises en charge, d'organisation et de sécurisation du circuit des médicaments. A titre d'exemple, de grand progrès ont été constatés par l'IGAS dans la maîtrise du médicament, avec notamment une utilisation de dispositifs de PDA (préparation

des doses à administrer) plus efficaces, et pour certains établissements une amélioration de l'informatisation, un gain de temps pour les infirmiers dans les établissements où la préparation était réalisée par la pharmacie d'officine, et enfin des économies réalisées par rapport aux dépenses budgétées dans un certain nombre d'établissements non expérimentateurs. Ce dernier point capital appelle des échanges d'informations complémentaires entre les établissements, les Caisses Primaires d'Assurance-Maladie qui peuvent disposer de la connaissance précise des dépenses de médicaments en soins de ville, lorsque les enveloppes de dépenses de médicaments sont « ouvertes » (remboursées en ville) et ne sont pas maîtrisés par les EHPAD.

Si au terme des trois années, une généralisation de l'expérimentation apparaît prématurée du point de vue de l'IGAS, pour autant, le maintien d'organisations efficaces qui ont émergé lors de l'expérimentation doit être assuré : en effet, les établissements expérimentateurs ont mis en place des modalités d'organisation qu'il est très difficile, voire contre-productif, de remettre en question aujourd'hui, notamment dans un délai très bref (1<sup>er</sup> janvier 2013). Ils ne peuvent subir les dommages collatéraux des retards et difficultés survenues dans le pilotage national du dispositif d'expérimentation.

**La présente proposition d'amendement a donc vocation à permettre la poursuite des dispositions relatives à l'intégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD, pour les établissements s'étant engagés dans l'expérimentation, sauf opposition expresse de leur part, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013.**

Cette proposition ne se traduit pas par une dépense supplémentaire pour l'assurance-maladie, dans la mesure où les volumes financiers nécessaires au financement de la mesure sont inscrits dans l'ONDAM médico-social.

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT N°21

AS	124	R
----	-----	---

présenté par

Arnaud Richard, Francis Vercamer,

Article 54

~~Le I est modifié comme suit :~~

~~Après~~ l'alinéa 1, <sup>insérer</sup> les ~~deux~~ alinéas suivants :

~~1. L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :~~

~~Les huitième, neuvième et dixième alinéas sont supprimés.~~

« I bis » Après le septième alinéa est inséré un huitième alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code ayant mis en place les expérimentations prévues à l'article 64-I de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 et sauf opposition expresse de la part de leur représentant légal déclarée à l'Agence Régionale de Santé, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 comprennent l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Elles comprennent également l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code dont la liste est fixée par arrêté. » >>

Exposé des motifs

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la conduite d'expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge financière dans les forfaits soins des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) ou n'en partageant pas une par le biais d'un groupement de coopération sanitaire.

La loi n° 2010-1534 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 en a reporté l'échéance au 1er janvier 2013.

Aux termes de cette expérimentation, les établissements expérimentateurs ont constaté une diminution du risque iatrogène. Il serait donc souhaitable que cette expérimentation soit poursuivie pour consolider les résultats obtenus. Et dans les établissements expérimentateurs de conserver, le cas échéant, les dispositions relatives à l'intégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD.

C'est l'objet du présent amendement.

AS	231	A
----	-----	---

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

Amendement présenté par Mme Martine Pinville,  
rapporteuse pour le secteur médico-social  
Mmes Bouziane, Carillon-Couvreur, Clergeau, Le Houerou et les  
commissaires du groupe SRC

*Article 54*

Après l'alinéa 1, insérer un alinéa ainsi rédigé :

- « I *bis* – Le septième alinéa de l'article L. 314-8 est ainsi modifié : après les mots « groupement de coopération sanitaire » sont insérés les mots « ou d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale disposant d'une pharmacie à usage intérieur » » >> -

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à tirer les conséquences de l'entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013 de la possibilité pour les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) de gérer une pharmacie à usage intérieur pour le compte de leurs membres, prévue par l'article 82 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.



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

### Amendement n°9

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

**L'article 54 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 est  
modifié comme suit :**

Au 2° et après les mots « ~~groupement de coopération sanitaire~~ », sont insérés les mots « ou d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale ».

Après l'alinéa 1, insérer un alinéa ainsi rédigé :

I bis – Le septième alinéa de l'article L. 314-8 est ainsi modifié : après les mots « groupement de coopération sanitaire » sont insérés les mots « ou d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale disposant d'une pharmacie à usage intérieur ».

#### EXPOSÉ DES MOTIFS

L'article 54 de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 a eu pour objet d'autoriser les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) à gérer une PUI pour le compte de plusieurs EHPAD, et que le forfait soins desdits EHPAD comporte l'achat et la fourniture des médicaments.

L'article 82-II de la loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 avait prévu, dans son article 82-II, qu'un unique GCSMS peut être constitué afin de disposer d'une PUI et d'exercer cette activité pour le compte des établissements mentionnés au I de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles. Or, cette même loi ouvre cette possibilité dans le cadre unique de l'expérimentation prévue au 8° de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles relative à la réintégration des médicaments dans la dotation soin des EHPAD, qui prend fin le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

En conséquence, à la date du 1<sup>er</sup> juillet 2013 prévue par le I de l'article 54, les PUI légalement constituées dans le cadre de GCSMS devraient cesser leur fonctionnement.

Il n'est pas envisageable de revenir sur un mode d'organisation commun mis en place depuis 3 ans, dont l'Inspection Générale des Affaires Sociale (IGAS) confirme l'effet prix important dans le cadre des premiers résultats rendus publics lors du comité de pilotage de l'expérimentation en date du 25 septembre 2012 : « l'analyse des coûts fait, sans surprise, apparaître des coûts très inférieurs dans les établissements avec PUI, avec un coût de 2.30€

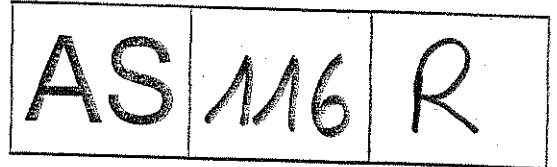
*par jour et par résident. C'est un argument de poids en faveur d'un encouragement au développement des PUI en EHPAD, essentiellement par mutualisation de moyens », c'est-à-dire sous la forme de coopération de type GCS ou GCSMS.*

## ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT N°13

présenté par



Arnaud Richard, Francis Vercamer,

### Article additionnel après l'article 54

Après l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 312-8-1 ainsi rédigé :

*« Art. L. 312-8-1. - Les évaluations mentionnées à l'article L. 312-8 peuvent être communes à plusieurs établissements et services gérés par le même organisme gestionnaire lorsque ces établissements et services sont complémentaires dans le cadre de la prise en charge des usagers ou lorsqu'ils relèvent du même contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en application des articles L. 313-11 à L. 313-12-2. Les recommandations, voire les injonctions, résultant de ces évaluations sont faites à chacun des établissements et services relevant d'une même évaluation commune.*

*Les modalités d'application de cet article sont fixés par décret».*

### Exposé des motifs

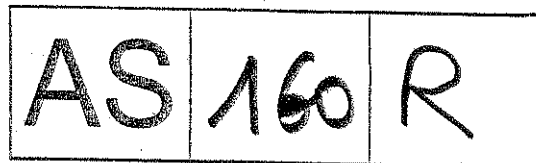
Cette disposition visant à une optimisation des établissements visés, il convient de s'assurer que toute mesure pour y contribuer n'aboutisse pas à un résultat inverse. Or, le coût moyen d'une évaluation externe par des organismes agréés par l'ANAESM représente à peu près 15.000 euros.

Il est donc proposé de simplifier cette prestation et d'en mutualiser la dépense entre plusieurs services complémentaires gérés par le même organisme gestionnaire.

Il apparaît pertinent d'évaluer ces institutions complémentaires ensemble et en même temps lorsqu'elles sont gérées par le même organisme gestionnaire. Cela devrait permettre d'éviter des évaluations qui se doublonnent et ainsi générer des économies.

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

Amendement n°10



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

Après l'article 54 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour  
2013, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Au deuxième alinéa du II de l'article L.314-3 du code de l'action sociale et des familles, après les mots « et peuvent à ce titre prendre en compte l'activité et le coût moyen des établissements et services » sont ajoutés les mots « , après la réalisation, dans des conditions prévues par voie réglementaires, d'études relatives à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés au I du présent article. »

### EXPOSÉ DES MOTIFS

Le présent amendement vise à préciser les modalités d'application de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux relevant de l'article L.314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

Dans un contexte de sous consommation des crédits destinés au fonctionnement des établissements et services pour personnes âgées, et de tension sur les budgets des établissements et services pour personnes handicapées, il apparaît indispensable de mettre en application la 11<sup>ème</sup> mission de la CNSA issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 qui prévoit la réalisation d'études relatives à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services.

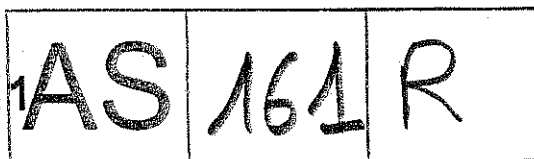
En effet, alors que les crédits votés annuellement par le Parlement pour le fonctionnement des établissements pour personnes âgées ne sont pas délégués en totalité aux établissements dont les besoins ne cessent de croître, et que ce secteur accuse des retards de financement importants liés aux difficultés dans le renouvellement des conventions tripartites pluriannuelles, il n'est plus envisageable de soumettre les établissements bénéficiant d'un financement à la hauteur de leurs besoins à la convergence tarifaire. Cette politique, dans le secteur des personnes âgées, permet un gain de de moins de 20M€ annuels, ce qui, au regard des 245M€ de sous consommation, ne fait plus sens.

Par ailleurs, tout tarif plafond doit être déterminé sur des bases objectives et statistiques, que seules des études nationales de coûts pilotées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie permettront de dégager dans un cadre méthodique, objectif et représentatif.

ASSEMBLEE NATIONALE

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

Amendement n° 11



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

Après l'article 54 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Après la dernière phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, est ajoutée la phrase suivante : « Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale ».

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité.

Les tarifs plafonds appliqués aux maisons de retraite sont identiques entre les établissements publics et privés alors que les écarts sont très importants entre :

- Les établissements publics hospitaliers ou autonomes, qui n'assument pas les mêmes charges sociales, et notamment celles de l'assurance chômage, que les établissements privés : un rapport de l'IGAS de 2006 a chiffré cet écart, pour les établissements sanitaires, à 4,15 % ;
- Les établissements gérés par les centres communaux d'action sociale, qui bénéficient du même avantage que les établissements publics, en matière de charges sociales, et qui le conjuguent avec le non-paiement de la taxe sur les salaires et de la TVA, ce qui est exorbitant du droit commun, tout en accédant au fonds de compensation de la TVA par le truchement des collectivités gestionnaires ;
- Les établissements privés non lucratifs et privés lucratifs qui sont assujettis à l'ensemble des charges sociales les plus lourdes : assurance-chômage et taxe sur les salaires d'une part, assurance-chômage et impôts du commerce d'autre part.

**Le différentiel de charges sociales et fiscales dans le secteur médico-social a fait l'objet d'une disposition de la LFSS 2012, à l'article 71, afin d'objectiver la nature et la hauteur dudit différentiel de charges sociales et fiscales, dans le cadre d'un rapport du Gouvernement au Parlement remis dans les six mois à compter de la LFSS 2012.**

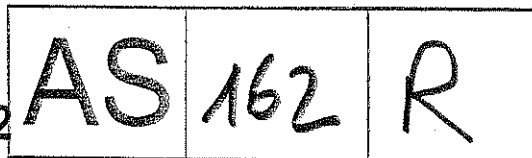
***Une mission a été confiée conjointement à l'Inspection Générale des Finances et à l'Inspection Générale des Affaires Sociales à ce sujet et la communication de ce rapport est très attendue.***

L'objectif du présent amendement est de pouvoir concrétiser les conclusions de ce rapport et d'éviter que les établissements privés concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : les tarifs plafonds sont uniques et constituent d'ores et déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non remplacements d'effectifs, tandis qu'elles auraient à supporter par ailleurs un niveau supérieur de charges sociales et fiscales.

Cette disposition est également importante dans le contexte de préparation d'une réforme de la tarification des services de soins infirmiers d'aide à domicile, qui entend ajuster les allocations de ressources avec les services rendus, décrits de manière statistique. Au-delà du débat actuel quant à la fidélité des outils statistiques envisagés par l'administration pour la juste description des besoins des bénéficiaires, il est important d'ores et déjà que les contraintes spécifiques de charges sociales et fiscales puissent être prises en compte, à défaut de quoi l'apparente égalité de traitement budgétaire des structures publiques et privées masquerait une différence de financement alloué pour des usagers présentant des caractéristiques comparables.

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

Amendement n°12



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

Après l'article 54 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Après la dernière phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, est ajoutée la phrase suivante : « Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs géographiques, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières qui doivent être assumées par les établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines charges immobilières et de prestations dans la zone considérée ».

### EXPOSÉ DES MOTIFS

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant de sujétions financières spécifiques et objectives, tenant à la géographie. Cette démarche a été logiquement mise en place dans le secteur du court séjour hospitalier, avec la mise en place de la tarification à l'activité, et la rédaction de l'amendement s'y réfère (3° de l'article L 162-22-10 du code de la sécurité sociale). Dans la mise en œuvre préparatoire de la tarification à l'activité des soins de suite et de réadaptation, avec des modulations budgétaires, le Ministère de la Santé tient d'ores et déjà compte de pourcentages d'écart établis pour le court séjour (page 24 du JO du 29 février 2012 publiant l'arrêté du 28 février). Le pourcentage correcteur est de 8 % pour la Corse, 7% pour les départements d'Ile de France, 26 % pour les départements d'outre-mer à l'exception de la Réunion où il est porté à 31 %).

La géographie s'exprime notamment par des différences incontestables relatives au coût du foncier, mais en réalité cette charge spécifique s'exprime aussi quoiqu'indirectement dans un surcoût concernant les rémunérations servies de manière directe dans les départements d'outre-mer, avec des valeurs de point et des régimes indemnitaires particuliers, les loyers, les prestations de service et achats.

L'objectif du présent amendement est d'éviter que les établissements publics et privés concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : les tarifs plafonds sont uniques et constituent d'ores et déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non remplacements d'effectifs, tandis qu'elles auraient à supporter par ailleurs un niveau supérieur de coûts liés à la géographie.

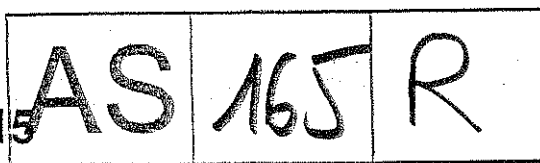
Cette disposition aurait naturellement lieu de s'appliquer, lors de la mise en place de la réforme tarifaire annoncée pour les SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile, ainsi que pour les tarifs plafonds des Etablissement et Soins d'Aide par le Travail (ESAT), dans le cadre des dispositions et financements issus, pour les ESAT, de la Loi de Finances de l'Etat.



ASSEMBLEE NATIONALE

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

Amendement n° 15



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

Après l'article 54 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L.314-9 du code de l'action sociale et des familles,  
« Il est inséré un article L.314-9-1 rédigé comme suit:

« Au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2015, les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 sont modulés selon les besoins en soins requis de la personne prise en charge ainsi que son état évalué au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L.232-2.

La grille nationale mentionnée à l'article L.232-2 est adaptée ou complétée en tant que de besoin pour correspondre aux situations spécifiques relevant des services visés au 7° du I de l'article L.312-1.

Les montants des éléments de tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 tiennent compte des caractéristiques des services et des prestations servies, ainsi que de sujétions financières spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle les coûts de fonctionnement desdits services.

L'évaluation des besoins en soins requis des personnes accueillies est réalisée par l'infirmier coordonnateur du service sur la base d'une grille nationale arrêtée par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis du Conseil national de l'organisation sanitaire et sociale, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, du Comité national des retraités et personnes âgées et du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le recueil des besoins en soins mentionnés aux alinéas précédents est réalisé selon une périodicité et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les modalités de fixation de la tarification des services de soins infirmiers à domicile mentionnés au 6° et au 7° du I de l'article L.312-1 prenant en compte les éléments de modulation précisés aux trois premiers alinéas sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat, qui prévoit notamment les conditions de prise en compte de l'ensemble des dépenses médico-sociales relevant de cette catégorie de services établie sur la base de la réalisation d'une étude nationale relative à l'analyse des différents coûts menée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans le cadre de ses missions fixées au 11° du I de l'article L.14-10-1.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les travaux en cours menés par le Ministère des solidarités et de la cohésion sociale relatifs à la réforme de la tarification des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées et personnes handicapées mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L.312-1 du CASF souffrent de l'absence d'une base législative support de la mise en application d'un système d'allocation de ressources ajusté selon les besoins en soins requis des patients et l'état de dépendance des personnes accueillies.

Le mode d'allocation de ressources modulé en fonction de l'état des personnes accueillies a été introduit dans le secteur des établissements pour personnes âgées dépendantes à l'appui d'une base législative consacrant, à l'article L.314-9 du CASF, le référentiel « PATHOS » mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 et la grille « AGIRR » mentionnée à l'article L.232-2 du même code, comme des éléments de modulation des montants déterminés dans le cadre la tarification.

Une mesure analogue doit en conséquence être adoptée s'agissant des services de soins infirmiers à domicile, et de toute autre catégorie de structures dont les modalités de détermination des montants de la tarification s'effectueraient dans le cadre d'une logique analogue.

Par ailleurs, cet article consacre la détermination des modalités de la tarification de ces services dans le cadre d'un décret en Conseil d'Etat, sur la base de la réalisation d'une étude nationale de coût réalisée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie dans le cadre des missions qui lui sont confiées à l'article L.14-10-1 du CASF. En effet, dès lors qu'une réforme tarifaire introduit des éléments de modulation des tarifs, elle doit reposer sur des critères de coûts objectifs et légitimes déterminés sur la base d'un échantillon exhaustif de structures et selon une méthodologie scientifique et d'un recueil de données construit selon et validé.

AS	230	A
----	-----	---

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

Amendement présenté par Mme Martine Pinville,  
rapporteuse pour le secteur médico-social,  
Mmes Bouziane, Carillon-Couvreur, Clergeau, Le Houerou et les  
commissaires du groupe SRC

*Article additionnel*

*Après l'article 54, insérer un article additionnel ainsi rédigé :*

Le troisième alinéa de l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Après les mots « de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » sont ajoutés les mots «, de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'introduction de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le périmètre de la centrale d'achat de l'union nationale des caisses de sécurité sociale (UCANSS) permettra à la CNSA de bénéficier de la convention que l'UCANSS vient de passer avec la centrale d'achat public UGAP, offrant ainsi à la CNSA la possibilité de bénéficier prix de l'UGAP et également de bénéficier des marchés spécifiques que l'UCANSS passe ou passera pour le compte des caisses.

Cette inscription dans le périmètre de l'UCANSS permettra donc à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de diminuer ses frais de fonctionnement financés par des crédits de l'ONDAM médico-social.

# ASSEMBLÉE NATIONALE

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

Commission	
Gouvernement	

AS	134	R
----	-----	---

## AMENDEMENT

présenté par

~~Mme ALLARD~~, Mme MASSONNEAU, M. ROUMEGAS, M. CAVARD

### ARTICLE 56

A L'ARTICLE 56, rédiger ainsi l'alinéa 4 :

*À l'alinéa 4, substituer au mot : "forfaitaire", les mots : "proportionnelle au revenu"*

~~« Art. L. 731-35-1 – Pour la couverture des prestations mentionnées à l'article L. 732-4, une cotisation forfaitaire proportionnelle au revenu est à la charge du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.~~

~~« Cette cotisation, qui est due par le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant son activité à titre exclusif ou principal, est valable à la fois pour lui-même et pour les personnes mentionnées aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> de l'article L. 732-4.~~

### EXPOSÉ SOMMAIRE

L'extension de l'indemnisation des accidents de la vie pour les chefs d'exploitations agricoles et autres non-salariés agricoles est une avancée. Seulement, la rédaction proposée dans le texte actuelle prévoit une indemnisation forfaitaire ainsi qu'une cotisation forfaitaire. Ici, il s'agit de la cotisation forfaitaire. Ce principe, s'il a l'avantage d'être simple, il n'apporte que peu de justice sociale. En effet, une cotisation proportionnelle aux revenus semble plus juste en ce cas. D'autant que le principe pour les autres cotisations finançant les prestations sociales est bien celui de la proportionnalité.

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 56*

I.— Le chapitre II du Titre IV du Livre IV du code des assurances est ainsi modifié :

1° La section II est abrogée.

2° Les sections III et IV deviennent respectivement les sections II et III.

II.— Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° A l'article L. 731-10, les mots « et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30 » sont supprimés.

2° Le 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 726-2 est ainsi rédigé : « Ce fonds géré par la mutualité sociale agricole, est administré par un comité national et des comités départementaux d'action sociale. »

3° A l'article L. 726-3, les mots « aux articles L. 731-30 et L. 752-13 » sont remplacés par les mots « à l'article L. 752-13 ».

4° L'article L. 731-30 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé : « Pour la couverture des risques mentionnés à l'article L. 732-3, les personnes mentionnées à l'article L. 722-10 sont assurées obligatoirement par les caisses de la mutualité sociale agricole. »

b) Au second alinéa, les mots « les assujettis pourront contracter librement » sont remplacés par les mots « Toutefois, les assujettis peuvent contracter librement ».

5° Les articles L. 731-31 à L. 731-33 et L. 732-7 sont abrogés.

III.— Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013. À cette date les personnes non salariées agricoles précédemment assurées par les organismes d'assurances autres que les caisses de mutualité sociale agricole se trouvent assurées d'office auprès de ces caisses.

### EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi n° 61-89 du 25 janvier 1961 a rendu obligatoire l'affiliation des personnes exerçant une activité non salariée agricole au régime d'assurance maladie, invalidité, maternité (AMEXA).

Sont ainsi couverts par l'AMEXA les chefs d'exploitation et leurs famille, les membres non-salariés d'une société agricole ainsi que les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente.

Sur le fondement de la loi de 1961, les assurés peuvent choisir de s'assurer auprès de la Mutualité sociale agricole, d'organismes d'assurance mutuelle ou des autres organismes d'assurance. L'unité du régime AMEXA est réalisée par la MSA, qui effectue la compensation, ainsi que les opérations de contrôle y afférentes. Elle centralise toutes les informations nécessaires au fonctionnement du régime.

Dans une perspective de rationalisation des procédures et des coûts, le présent amendement vise à mettre fin à une situation héritée du passé en confiant à la MSA le monopole de la gestion de l'AMEXA.

Ainsi que la législation actuelle le prévoit, les organismes mutualistes et les assureurs pourront toutefois proposer des produits d'assurance complémentaire.

Il est à noter que la MSA regroupe aujourd'hui la quasi-totalité des assurés à l'AMEXA, seuls 6 % des agriculteurs cotisants ayant opté pour une affiliation auprès d'autres organismes. Par ailleurs la gestion réalisée par APRIA-RSA pour le compte du groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles étant déficitaire, le transfert de cette gestion à la mutualité sociale agricole n'occasionne aucun préjudice aux assureurs mentionnés à l'article L. 731-30.

# ASSEMBLEE NATIONALE

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

### AMENDEMENT n°16

AS	47	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 CALLENDON~~, 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 57

*À l'alinéa 1*

~~à~~, substituer au nombre « 370,27 » le nombre : « 265 »

#### Exposé des motifs :

Cet article prévoit une augmentation substantielle de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) afin de financer de nouveaux investissements hospitaliers et le recrutement de de 4000 emplois d'avenir, non qualifiés, dans les hôpitaux publics.

Après les plans d'investissement « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », il n'est pas prioritaire de renforcer la politique d'investissement hospitalier tout comme le recrutement des 4000 emplois d'avenir non qualifiés, sur des fonctions qui devraient être externalisées.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

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

### AMENDEMENT



Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

#### ARTICLE 57

A l'alinéa 1, remplacer « 370,27 » par « 265 ».

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article prévoit une augmentation substantielle de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) afin de financer de nouveaux investissements hospitaliers et le recrutement de 4000 emplois d'avenir, non qualifiés, dans les hôpitaux publics.

Après les plans d'investissement hospitalier « Hôpital 2007 » puis « Hôpital 2012 », il n'est pas prioritaire de renforcer la politique d'investissement hospitalier tout comme le recrutement de 4000 emplois d'avenir non qualifiés sur des fonctions qui devraient être externalisées. Le recentrage de l'hôpital public sur la prise en charge des cas lourds et complexes tel qu'annoncé par les pouvoirs publics doit s'accompagner d'une réduction des capacités hospitalières publiques et des effectifs. En tout état de cause, et comme le souligne le rapport IGF-Igas de juillet 2012, « *les aides à l'investissement forcément limitées doivent être un outil de la politique de réorganisation de l'offre de soins hospitaliers* ». Il préconise en conséquence une plus grande sélectivité des projets à rebours des orientations envisagées par le PLFSS.

En conséquence, il est proposé de diminuer le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP.



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

AMENDEMENT

AS	190	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 57**

Avant l'alinéa 21 de l'article 57, ajouter les alinéas suivants :

"La seconde phrase du I de l'article L221-1-1 est ainsi modifiée :"

"Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes pilotes et des bonnes pratiques élaborés par l'HAS, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé. "

-----  
**EXPOSE SOMMAIRE**

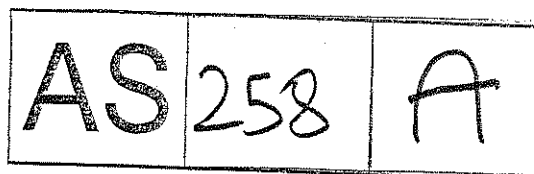
Le FIQCS a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Il résulte de la fusion de la dotation nationale des réseaux (DNR) et du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), effective depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007.

Ses missions sont définies par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Le I de cet article dispose ainsi que le FIQCS a pour missions de financer des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville.

Dans son article L162-5, le code de la sécurité sociales rappelle les termes des conventions nationales conclues entre l'UNCAM et les médecins généralistes et les médecins spécialistes au travers de leurs organisations représentatives. Les points 3 bis, 4, 5 et 6 font état de la promotion, de l'accompagnement financier et de l'évaluation des bonnes pratiques :

- 3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;
- 4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;
- 5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;
- 6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;

L'amendement propose d'insister sur l'accompagnement du FICQS à la mise en oeuvre et à l'évaluation des programmes pilotes et des recommandations de bonne pratique élaborées par l'HAS.



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 57*

Avant le 31 mars 2013, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le dossier médical personnel. Ce rapport produit les résultats d'un audit portant sur le caractère opérationnel du dossier médical personnel et sa gestion par l'agence des systèmes d'information partagés de santé. Il formule des propositions quant à l'opportunité de la poursuite du projet.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le dossier médical personnel (DMP) a été créé par la loi du 13 août 2004, complétée par la loi HPST du 31 juillet 2009 pour « *favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gage d'un bon niveau de santé* ».

Le DMP est un dossier informatisé, sécurisé et facultatif proposé aux bénéficiaires de l'assurance maladie (sans lien avec le remboursement des soins). Il est créé par les professionnels de santé à la demande de son titulaire et contient les informations personnelles de santé nécessaires au suivi et à la coordination des soins.

Il est financé par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et mis en œuvre sous la responsabilité de l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP).

Le déploiement du DMP est quantitativement et surtout qualitativement insatisfaisant, en l'absence d'un développement significatif des usages. Il souffre principalement d'un manque d'adhésion des médecins, qui ne perçoivent pas clairement sa fonction et son utilité pour leur pratique.

Par ailleurs, le DMP connaît une défaillance de pilotage consistant notamment en d'importants retards et lacunes d'organisation. Enfin, il n'existe pas de suivi financier précis et il apparaît impossible de consolider le montant des fonds publics considérables lui étant consacrés.

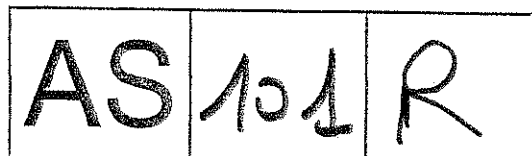
Le présent amendement prévoit la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement, au plus tard au 31 mars 2013, s'appuyant sur les études récentes publiées sur le sujet, produisant les résultats d'un audit sur le pilotage et le caractère opérationnel du DMP, et en tirant les conséquences quant à l'avenir du projet.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

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

### AMENDEMENT



Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENEC

### ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 57, ajouter un article ainsi rédigé :

« Le gouvernement présente au Parlement un rapport visant à évaluer la faisabilité et l'impact financier d'une rationalisation des doublons entre les agences intervenant dans le secteur de la santé ».

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Les régimes obligatoires d'assurance maladie participent financièrement au financement des agences et organismes sanitaires et médico-sociaux, par le biais d'une dotation annuelle. En ce domaine, l'Inspection générale des finances (IGF) a mis à jour en septembre 2012 les doublons existant entre les activités de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap), de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm).

L'IGF note que plusieurs agences sont chargées d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer la qualité de leurs prestations : l'Anap, la HAS et l'Anesm, qui interviennent toutes trois dans la production de recommandations à l'attention de ces établissements. Si, en pratique, la coordination des acteurs permet généralement de développer des approches complémentaires, ces situations conduisent toutefois "à des dispersions d'efforts et à une grande complexité du paysage institutionnel qui brouille sa lisibilité", déplorent les inspecteurs des finances. La distinction entre leurs compétences n'est ainsi pas toujours évidente, selon eux.

Entre l'Anap et l'Anesm, la frontière entre qualité et efficacité des prestations n'est "pas toujours nette". Ainsi, l'Anap a publié en avril 2011 un guide sur les repas dans les établissements de santé et médico-sociaux

sur les textures modifiés. L'Anesm aurait pu produire un guide équivalent, note l'IGF.

Entre la HAS et l'Anesm, elle observe que sur les 6 recommandations produites ou engagées en 2010 par l'Anesm, la HAS a participé à quatre d'entre elles, "illustrant l'importance des thématiques communes".

Entre la HAS et l'Anap, elle pointe aussi des redondances. Dans le cadre de ses missions sur la performance des établissements, l'Anap est amenée à travailler sur l'efficacité de l'organisation des soins. De son côté, la HAS ne peut traiter de la qualité des pratiques médicales sans évoquer les questions d'organisation des soins. Ainsi, les deux entités travaillent ensemble sur des recommandations dans le domaine de la chirurgie ambulatoire.

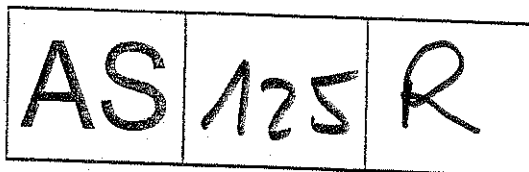
Le présent amendement a pour objet, par la remise rapide d'un rapport au Parlement, de mettre en œuvre les déclarations du 17 septembre 2012 du Ministre de l'économie et des finances, Pierre Moscovici et du Ministre délégué au budget, Jérôme Cahuzac, indiquant avoir accueilli "avec intérêt les propositions "visant à améliorer le contrôle sur la gestion financière des satellites de l'Etat et à renforcer la dimension stratégique de la tutelle de l'Etat" «qu'une mission de réflexion sera lancée dans les prochaines semaines».

Le Parlement doit être le destinataire privilégié de ces travaux gouvernementaux, dans un domaine aussi sensible que l'organisation et le financement de notre système de soins.

# ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT N°22



présenté par

Arnaud Richard, Francis Vercamer

**Article 59**

Supprimer cet article

## Exposé des motifs

Pour l'année 2013, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 2,7%.

Ce taux se situe à plus de 0,3% au dessus du plafond de l'ONDAM recommandé par la Cour des comptes pour permettre d'atteindre à l'équilibre des comptes sociaux en 2017, conformément à la promesse du candidat François Hollande.

Le présent amendement vise à appeler l'attention du Gouvernement sur une orientation qui se situe d'emblée hors de sa feuille de route.

# ASSEMBLEE NATIONALE

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

AMENDEMENT n°17

AS	48	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 59

L'article 59 est ainsi rédigé :

Pour l'année 2013, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

	(En milliards d'euros)
	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	78,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2
<b>Total</b>	<b>171,2</b>

### Exposé des motifs :

Depuis 3 ans, la précédente majorité a voté des ONDAM en dessous de 3% qui ont été respectés. Devant la gravité de la crise, le précédent Gouvernement avait même décidé, en 2012, de renforcer les efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie pour préparer un retour plus rapide à l'équilibre, en fixant l'ONDAM pour 2012 à 2,5%. Cet objectif devrait être respecté encore en 2012.



Cette volonté de baisser l'ONDAM est également recommandée par la Cour des Comptes qui, dans son dernier rapport recommande de fixer l'ONDAM à 2,4% dès 2014.

Dans ces conditions, prévoir un ONDAM à 2,7% qui signifie 4,6 Md€ de dépenses supplémentaires, comme proposé dans ce PLFSS n'est pas responsable.

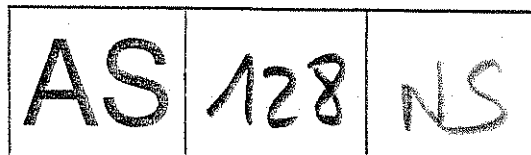
## ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT N°25

présenté par

Francis Vercamer



### Article additionnel après l'article 59

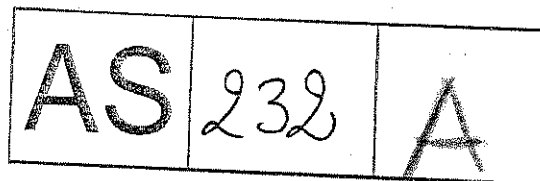
*« Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le gouvernement présente au Parlement un rapport sur la faisabilité d'une expérimentation de la mise en œuvre d'objectifs régionaux d'assurance maladie. »*

### Exposé des motifs

La définition d'ORDAM permettra de mieux répondre aux besoins des territoires, et de mieux responsabiliser les acteurs de la santé en région.

Cette proposition s'inscrit par ailleurs dans la logique des recommandations du rapport Fourcade sur la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé et pousser jusqu'à son terme la logique de création des agences régionales de santé ainsi que des fonds d'intervention régionaux.

Le présent amendement propose au gouvernement d'engager une réflexion d'ensemble sur la possibilité d'expérimenter la mise en œuvre d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie.



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

**Amendement présenté par M. Michel Issindou,  
rapporteur pour la branche vieillesse**

*Article additionnel*

Après l'article 63, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. — Les bénéficiaires d'une pension de retraite versée par un organisme français et résidant hors de France doivent fournir une fois par an à leurs caisses de retraite un justificatif d'existence.

II. — Sous réserve de l'appréciation de la situation locale par les autorités consulaires françaises, les justificatifs d'existence peuvent être télétransmis.

III. — La suspension du versement de la pension de retraite dans le cas où le bénéficiaire ne justifie pas son existence ne peut avoir lieu qu'à l'expiration d'un délai minimum d'un mois à compter de la date fixée par la caisse de retraite pour l'envoi du justificatif.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à harmoniser la fréquence à laquelle les retraités établis hors de France doivent fournir un justificatif d'existence et à leur permettre de transmettre leurs justificatifs d'existence par voie télématique. En tout état de cause, le versement de la pension ne doit pas pouvoir être suspendu par la caisse pour un simple retard.

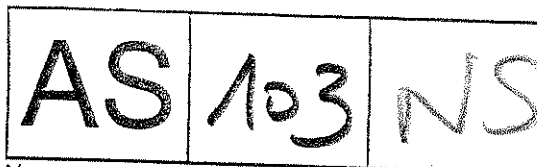
# ASSEMBLÉE NATIONALE

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

(N° 287)

AMENDEMENT

présenté par Gérard CHERPION



### ARTICLE 66

L'article 66 est ainsi rédigé :

I. - Le code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

1° L'article L. 452-2 est ainsi modifié :

a) Le sixième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « « La majoration est payée par la caisse, qui en récupère le capital représentatif auprès de l'employeur dans des conditions déterminées par décret. Par exception, lorsque l'entreprise possède un effectif inférieur à 20 salariés, la caisse récupère le montant de la majoration de la rente par l'imposition d'une (L. n°87-39 du 27 janv. 1987, art. 33-1) cotisation supplémentaire dont le taux et la durée sont fixés par la (Ord. N°2010-177 du 23 févr. 2010, art. 24) caisse d'assurance retraite et de la santé au travail sur la proposition de la caisse primaire, en accord avec l'employeur, sauf recours devant la juridiction de la sécurité sociale compétente » ;

b) L'avant-dernier alinéa est modifié comme suit : « La (L. n°87-39 du 27 janvier 1987, art. 33-1) cotisation supplémentaire applicable aux entreprises possédant un effectif inférieur à 20 salariés ainsi prévue ne peut être perçue au-delà d'une certaine durée et son taux excéder ni une fraction de la cotisation normale de l'employeur, ni une fraction des salaires servant de base à cette cotisation ».

c) Le dernier alinéa est modifié comme suit : « Dans le cas de cession ou de cessation de l'entreprise dont l'effectif est inférieur à 20 salariés, le capital correspondant aux arrérages à échoir est immédiatement exigible ».

2° Après l'article L. 452-3, il est inséré un article L. 452-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 452-3-1. - Quelles que soient les conditions d'information de l'employeur par la caisse au cours de la procédure d'admission de l'origine professionnelle de l'accident ou de la maladie, la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur par une décision de justice passée en force de chose jugée emporte l'obligation pour celui-ci de s'acquitter des sommes dont il est redevable à raison des dispositions des articles L. 452-1 à L. 452-3. »

3° Au dernier alinéa de l'article L. 452-4, les mots : « des cotisations complémentaires prévues à l'article L. 452-2 et, au cas de cession ou de cessation de l'entreprise, le paiement du capital mentionné au même article sont garantis » sont remplacés par les mots : « du capital et des cotisations complémentaires prévus à l'article L. 452-2 est garanti ».

II. - Les dispositions du 1° et 3° du I sont applicables au titre des majorations de rente et d'indemnités en capital ayant pris effet à compter du 1<sup>er</sup> avril 2013. Les dispositions du 2° sont applicables aux actions en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur introduites devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013.

## EXPOSÉ SOMMAIRE

Le législateur a instauré un taux Accidents du Travail/Maladies Professionnelles (taux AT/MP) collectif pour les entreprises dont l'effectif est compris entre 1 et 19 salariés, afin de prendre en compte la situation particulière des très petites entreprises (TPE )

Ce taux collectif AT/MP permet aux petites entreprises de ne pas avoir à faire face à une forte augmentation de ce taux en cas d'une augmentation sensible des accidents du travail sur une année donnée. Cette mutualisation du risque s'explique par la situation financière souvent précaire qui caractérise les TPE.

Le législateur ayant jugé opportun la création d'un taux collectif pour ces entreprises, il est indispensable, en cas de faute inexcusable de l'employeur, de maintenir le dispositif des cotisations supplémentaires payées par l'employeur à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour les entreprises dont l'effectif est inférieur à 20 salariés.

En effet, l'impact économique en cas de faute inexcusable d'un remboursement par l'employeur des sommes avancées sous la forme d'un capital tel que le propose l'article 66 , serait considérable et bien supérieur à celui que représente une augmentation du taux AT/MP pour l'entreprise dont l'effectif est inférieur à 20 salariés.

Il convient par ailleurs de préciser que la garantie contre les conséquences de la faute inexcusable ne relève pas de l'assurance obligatoire. Ainsi, tous les contrats d'assurance ne comportent pas cette garantie facultative. De ce fait, un nombre non négligeable de TPE n'est pas assuré contre les conséquences financières d'une faute inexcusable.

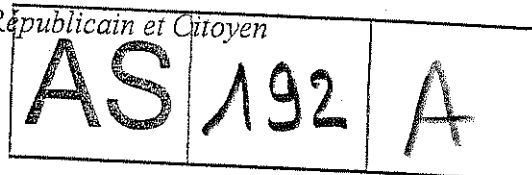
En conclusion, l'exigibilité d'un remboursement de la CPAM par l'employeur sous la forme d'un capital pourrait avoir pour conséquence de placer l'entreprise en situation de redressement ou de liquidation judiciaire pour les entreprises de moins de 20 salariés qui ne sont pas assurées contre les conséquences d'une faute inexcusable,

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

présenté par

M. Christian. Hutin, 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, ~~Christophe~~ 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 Socialiste, Républicain et Citoyen



## ARTICLE ADDITIONNEL

69

APRÈS L'ARTICLE ~~69~~, insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 1<sup>er</sup> mai 2013, un rapport sur les modalités de création d'une nouvelle voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Ce rapport présentera la faisabilité d'une admission sur présomption d'exposition significative à partir d'un faisceau d'indices tels le secteur d'activité, la durée d'exposition, la période d'activité ou les conditions d'exercice.

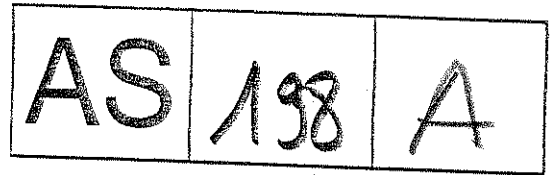
## EXPOSÉ SOMMAIRE

En 2005, le rapport de la Cour des comptes sur la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante constatait le caractère inégalitaire de ce dispositif de préretraite qui concerne surtout les travailleurs de grandes entreprises. La Cour proposait de créer une voie d'accès combinant une liste de secteurs d'activité et une liste de métiers à risques. Des conclusions similaires ont été rendues en 2008 par le groupe de réflexion présidé par Jean LE GARREC.

Les ouvriers d'entreprises sous-traitantes ne sont en effet pas suffisamment pris en compte par le système actuel de retraite anticipée des travailleurs de l'amiante. Il est grand temps de permettre à tous les travailleurs de l'amiante de faire valoir leur droit à une cessation anticipée d'activité.

Les travailleurs pourraient être admis par présomption d'exposition significative au moyen d'un faisceau d'indices tels le secteur d'activité, la durée d'exposition, la période d'activité ou les conditions d'exercice.

AMENDEMENT



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

**Article additionnel après l'article 71.**

Il est inséré un article additionnel ainsi rédigé.

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La section 2 du chapitre II du titre IV du livre V est complétée par un article L. 542-7-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 542-7-1. – La décision déclarant la recevabilité de la demande mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 331-3-1 du code de la consommation emporte rétablissement des droits à l'allocation de logement. Sauf refus exprès du bailleur ou du prêteur, le déblocage des allocations s'effectue au profit de ces derniers. » ;

2° Après l'article L. 831-4-1, il est rétabli un article L. 831-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 831-5. – La décision déclarant la recevabilité de la demande mentionnée à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 331-3-1 du code de la consommation emporte rétablissement des droits à l'allocation de logement. Sauf refus exprès du bailleur ou du prêteur, le déblocage des allocations s'effectue au profit de ces derniers. ».

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et s'appliquent à compter de cette date, à la demande du débiteur, aux demandes prévues au I de l'article L. 331-3 du code de la consommation déclarées recevables et en cours d'instruction.

### **Exposé des motifs :**

Dans certains cas, les impayés de loyer ou de remboursement de prêt immobilier entraînent la suspension des allocations de logement. Afin de prévenir des expulsions, la mesure prévoit le rétablissement automatique des allocations de logement lorsqu'un dossier de surendettement a été déclaré recevable. Afin de renforcer l'efficacité de cette disposition, sous réserve d'une consultation du ministère chargé du logement concernant l'ALS, la mesure étend ce rétablissement aux autres aides personnelles au logement : l'ALF et l'ALS.



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

AS	195	A
----	-----	---

AMENDEMENT

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

**Article additionnel après l'article 71**

Après l'article 71, insérer un article ainsi rédigé :

« I. L'article L1225-35 du code du travail est ainsi rédigé :

Après la naissance de son enfant et dans un délai déterminé par décret, le père, le conjoint, la personne vivant maritalement avec la mère de l'enfant ou ayant conclu avec elle un pacte civil de solidarité (PACS) bénéficie d'un congé d'accueil à l'enfant de onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples.

Le congé ~~de paternité~~ entraîne la suspension du contrat de travail.

Le ou la salarié(e) qui souhaite bénéficier du congé d'accueil à l'enfant avertit son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il ou elle envisage de le prendre, en précisant la date à laquelle il ou elle entend y mettre fin.

II. À l'article L.1225-36 du même code, les mots *de paternité* sont remplacés par les mots *d'accueil à l'enfant* ».

**Exposé des motifs**

Le présent amendement a été présenté depuis 2006. Lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2007, cet amendement a été voté à l'unanimité de la Commission des affaires sociales, culturelles et familiales. Il a encore été

présenté et discuté l'année dernière au sein de la Commission, mais la précédente majorité ne l'avait pas adopté.

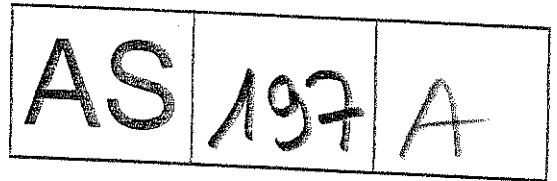
Cet amendement vise à transformer le « congé de paternité » en « congé d'accueil à l'enfant » dont l'objet est de permettre au père ou à la personne qui partage la vie de la mère de l'enfant de disposer du temps nécessaire pour être aux côtés de l'enfant dans les premiers jours de sa vie.

Le 11 septembre 2007, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) a préconisé au Premier ministre « de substituer à la notion de *congé de paternité*, fondée exclusivement sur le lien de filiation, un *congé d'accueil à l'enfant* ouvert au partenaire de parent, contribuant à l'éducation de l'enfant ». Cette préconisation résultait de la saisine d'un couple de femmes liées par un PACS qui subissait les incohérences du droit social.

En effet, les couples homosexuels ne sont reconnus que pour certaines prestations sociales (allocations familiales, allocation logement, congé parental) ou certains prélèvements (le couple homosexuel constitue un foyer fiscal avec toutes les conséquences en termes de parts fiscales et d'imposition). Par ailleurs certaines entreprises comme certaines administrations ont déjà mis en œuvre le congé d'accueil à l'enfant encore appelé « congé parentalité » (Eau de Paris, SFR, Conseil général de Seine-et-Marne...).

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

AMENDEMENT



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

**ARTICLE ADDITIONNEL**

*APRÈS L'ARTICLE 71, insérer l'article suivant :*

L'article 27 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance devient l'article L. 226-11-1 du code l'action sociale et des familles ainsi modifié :

1° À la dernière phrase du I, les mots : « de la présente loi » sont remplacés par les mots : « des articles L. 112-3, L. 221-1, L. 221-3, L. 226-3-1 et L. 226-6 » ;

2° Aux deuxième et dernier alinéas du II, après le mot : « arrêté », sont insérés les mots : « chaque année » ;

3° Le IV est supprimé.

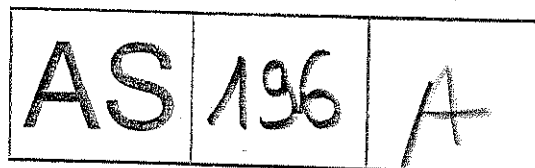
**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à consacrer dans le code de l'action sociale et des familles l'existence du Fonds national de financement de la protection de l'enfance, prévu à l'article 27 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007.

Il précise que l'Etat et la Caisse nationale d'allocations familiales abondent le fonds chaque année.

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

AMENDEMENT



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

**Article additionnel après l'article 71**

Après l'article 71, insérer un article ainsi rédigé :

« Le Gouvernement évalue les conditions de transformation du congé de paternité en congé d'accueil à l'enfant. Ses conclusions font l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 30 juin 2013 ».

**Exposé des motifs**

Le 11 septembre 2007, la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) a préconisé au Premier ministre « de substituer à la notion de *congé de paternité*, fondée exclusivement sur le lien de filiation, un *congé d'accueil à l'enfant* ouvert au partenaire de parent, contribuant à l'éducation de l'enfant ». Cette préconisation résultait de la saisine d'un couple de femmes liées par un PACS qui subissait les incohérences du droit social.

En effet, les couples homosexuels ne sont reconnus que pour certaines prestations sociales (allocations familiales, allocation logement, congé parental) ou certains prélèvements (le couple homosexuel constitue un foyer fiscal avec toutes les conséquences en termes de parts fiscales et d'imposition). Par ailleurs certaines entreprises comme certaines administrations ont déjà mis en œuvre le congé d'accueil à l'enfant encore appelé « congé parentalité » (Eau de Paris, SFR, Conseil général de Seine-et-Marne...).

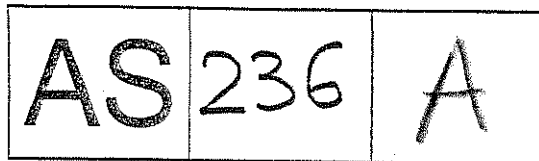
Le congé de paternité a pour finalité de permettre au père de disposer du temps nécessaire pour être aux côtés de l'enfant dans les premiers jours de sa vie. Le congé d'accueil à l'enfant étend cet objectif à la personne qui partage la vie de la mère de l'enfant et qui contribue à l'éducation de l'enfant.

Cet amendement propose que le gouvernement évalue les conditions de transformation du « congé de paternité » en « congé d'accueil à l'enfant ». Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 30 juin 2013.

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

Amendement présenté par M. Gérard Bapt,  
rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 75



Après l'alinéa 3, insérer l'alinéa suivant :

« 3 Au dernier alinéa, les mots : « ainsi que la procédure décrite au deuxième alinéa, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, » sont supprimés. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de conséquence.

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

Amendement présenté par M. Gérard Bapt,  
rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

*Article 75*

À l'alinéa 12, substituer à la référence :

« L. 752-1 »

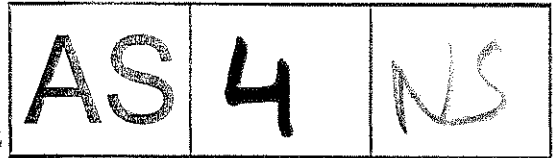
la référence :

« L. 752-4 ».

AS	237	A
----	-----	---

EXPOSÉ SOMMAIRE

Correction d'une erreur de référence.



PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet

----

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 76, insérer l'article suivant

A l'article L162-1-14 du Code de la sécurité sociale, IV, 3°, après les mots « réception de l'avis », inséré le mot « conforme ».

A l'article L162-1-14 du Code de la sécurité sociale, V, après les mots « prononcée après avis », inséré le mot « conforme ».

A l'article L162-1-14-1 du Code de la sécurité sociale, ~~VI~~, après les mots « prononcée après avis » insérés le mot « conforme ».

*au sixième alinéa*

EXPOSE SOMMAIRE

La loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 institue une commission dite des pénalités qui est chargée de se prononcer sur le non-respect des règles concernant notamment :

- les prises en charges des actes et prestations ;
- les affections de longue durée ;
- les règles de nomenclature ;
- les modes de transports...

Cette commission est composée paritairement de représentants des Caisses d'Assurance Maladie et de représentants de la profession désignés sur proposition de l'instance prévue par les conventions nationales.

Elle est saisie pour avis par le directeur de la Caisse selon les modalités prévues au V de l'article L162-1-14 du Code de la sécurité sociale. Or curieusement, le directeur n'est pas tenu de suivre la décision de la commission.

Il est donc logique que le directeur soit tenu de suivre cet avis, au risque d'apparaître à la fois juge et partie, ce qui est contraire au droit français et européen.



ART.

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI

### de financement de la sécurité sociale pour 2013

AS	173	NS
----	-----	----

Commission	
Gouvernement	

## AMENDEMENT 5

présenté par

MM. Siré, ~~Morlet, L'Huissier, Decour, Soire, Vitel, Storni, Sadier, Dhaitou, Mme Pons~~

### Article Additionnel

Après l'article 76, insérer l'article suivant :

A l'article L 162-1-14 -1 du Code de la sécurité sociale, alinéa 6, après les mots « prononcée après avis », insérer le mot « conforme »

### EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2001 institue une commission dite des pénalités qui est chargée de se prononcer sur le non-respect des règles concernant notamment :

- les prises en charge des actes et prestations,
- les affections de longue durée,
- les règles de nomenclature,
- les modes de transports ...

Cette commission est composée paritairement de représentants des Caisses d'Assurance Maladie et de représentants de la profession désignés sur proposition de l'instance prévue par les conventions nationales.

Elle est saisie pour avis par le Directeur de la Caisse selon les modalités prévues au V de l'article L 162-1-14 du Code de la sécurité sociale. Or, curieusement, le directeur n'est pas tenu de suivre la décision de la commission.

Il est donc logique que le directeur soit tenu de suivre cet avis, au risque d'apparaître à la fois juge et partie, ce qui est contraire au droit français et européen.

ART.

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI

### de financement de la sécurité sociale pour 2013

Commission	
Gouvernement	

AS	174	NS
----	-----	----

## AMENDEMENT 4

présenté par

~~MM Siré, M<sup>me</sup> Aouché, L'Hirissier, Decool, Solère, Vitel, Stanni, Faddier, Dhucq, Mme Pons~~

### Article Additionnel

Après l'article 76, insérer l'article suivant :

A l'article L162-1-14 du Code de la sécurité sociale, V, après les mots « prononcée après avis », insérer le mot « conforme ».

### EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2001 institue une commission dite des pénalités qui est chargée de se prononcer sur le non-respect des règles concernant notamment :

- les prises en charge des actes et prestations,
- les affections de longue durée,
- les règles de nomenclature,
- les modes de transports ...

Cette commission est composée paritairement de représentants des Caisses d'Assurance Maladie et de représentants de la profession désignés sur proposition de l'instance prévue par les conventions nationales.

Elle est saisie pour avis par le Directeur de la Caisse selon les modalités prévues au V de l'article L 162-1-14 du Code de la sécurité sociale. Or, curieusement, le directeur n'est pas tenu de suivre la décision de la commission.

Il est donc logique que le directeur soit tenu de suivre cet avis, au risque d'apparaître à la fois juge et partie, ce qui est contraire au droit français et européen.

ART.

# ASSEMBLÉE NATIONALE

## PROJET DE LOI

### de financement de la sécurité sociale pour 2013

Commission	
Gouvernement	

AS	175	NS
----	-----	----

## AMENDEMENT 3

présenté par

MM Siré, ~~Morel, Fréchaud, Decool, Soler, Vital, Salou, Stanni, Saadici, Dhucq, Mme Pons~~

### Article Additionnel

Après l'article 76, insérer l'article suivant :

A l'article L162-1-14 du Code de la sécurité sociale, IV, 3°, après les mots « réception de l'avis », insérer le mot « conforme ».

### EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2001 institue une commission dite des pénalités qui est chargée de se prononcer sur le non-respect des règles concernant notamment :

- les prises en charge des actes et prestations,
- les affections de longue durée,
- les règles de nomenclature,
- les modes de transports ...

Cette commission est composée paritairement de représentants des Caisses d'Assurance Maladie et de représentants de la profession désignés sur proposition de l'instance prévue par les conventions nationales.

Elle est saisie pour avis par le Directeur de la Caisse selon les modalités prévues au V de l'article L 162-1-14 du Code de la sécurité sociale. Or, curieusement, le directeur n'est pas tenu de suivre la décision de la commission.

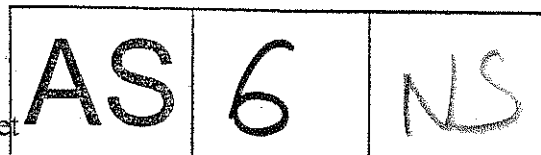
Il est donc logique que le directeur soit tenu de suivre cet avis, au risque d'apparaître à la fois juge et partie, ce qui est contraire au droit français et européen.

ASSEMBLEE NATIONALE

---

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT  
Présenté par Arnaud Robinet



ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 76, insérer l'article suivant

Supprimer l'article L162-1-15 du Code de la sécurité sociale.

EXPOSE SOMMAIRE

La mise sous entente préalable des médecins en cas de constat, par les caisses, d'un nombre de réalisations ou de prescriptions significativement supérieur à la moyenne, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie, s'apparente en un véritable "délict statistique"

.Ce mécanisme ne repose pas sur des bases médicales, mais sur des chiffres, ce qui amène le directeur à prendre seul une décision arbitraire.

Le médecin ne doit pouvoir être sanctionné que pour des prescriptions ou des réalisations d'actes abusives et non quantitativement supérieures à la moyenne.

ART.

## ASSEMBLÉE NATIONALE

---

### PROJET DE LOI

#### de financement de la sécurité sociale pour 2013

Commission	
Gouvernement	

AS	172	NS
----	-----	----

### AMENDEMENT 6

présenté par

MM Siré, ~~Decool, Solère, Storni, Sédier, Dhucq, Mmes Lacroute, Pen~~

#### Article Additionnel

Après l'article 76, insérer l'article suivant :

Supprimer l'article L162-1-15 du Code de la sécurité sociale.

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

La mise sous entente préalable des médecins en cas de constat, par les caisses, d'un nombre de réalisations ou de prescriptions significativement supérieur à la moyenne, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie, s'apparente en un véritable « délit statistique ».

Ce mécanisme ne repose pas sur des bases médicales, mais sur des chiffres, ce qui amène le directeur à prendre seul une décision arbitraire.

Le médecin ne doit pouvoir être sanctionné que pour des prescriptions ou des réalisations d'actes abusives et non quantitativement supérieures à la moyenne.



ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013  
AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet

----

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE ~~11~~, insérer l'article suivant  
76

La deuxième phrase de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale est supprimée. Elle est remplacée par la phrase suivante :

« Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle présidée par un magistrat et composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance-maladie et du contrôle médical, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées, d'autre part.»

EXPOSE SOMMAIRE

Le dispositif de contrôle de la tarification à l'activité est marqué d'imperfections significatives et de déséquilibres sérieux. Cette situation nourrit de très nombreux contentieux et alimente en permanence des discussions intenses entre les fédérations hospitalières publiques et privées, d'une part, et les pouvoirs publics d'autre part.

Le présent amendement a pour objet d'apporter une contribution apaisante au débat, en prévoyant – parallélisme des formes avec le même cas de figure pour les professionnels de santé libéraux- que la commission de contrôle compétente pour avis soit constituée à parité de représentants des financeurs, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières publiques et privées d'autre part. Tel est en effet le cas pour la commission visée au V de l'article L 162-1-14 du code de la sécurité sociale, qui prévoit dans sa deuxième phrase : « Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission ».

Il faut mesurer la complexité des classifications et de leurs règles de codage, d'une part, ainsi que, parfois, le caractère imprécis des réponses de l'ATIH dans certains domaines, pour comprendre le sentiment d'injustice devant la définition de certains « indus » qualifiés de « fraudes » et le poids des sanctions parfois infligées de manière disproportionnée.

Les pouvoirs publics ont apporté des aménagements réglementaires attendus, par le décret récemment paru le 28 septembre 2011, mais le rééquilibrage de la commission de contrôle permettrait d'établir un cadre commun et utile de discussion des situations, assurant une meilleure évolutivité et acceptabilité du dispositif.

# ASSEMBLEE NATIONALE

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

### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENEC

AS	94	R
----	----	---

### ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE ~~75~~ 76

Insérer un nouvel article ainsi rédigé :

« La deuxième phrase de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale est supprimée. Elle est remplacée par la phrase suivante :

« Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle présidée par un magistrat et composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance-maladie et du contrôle médical, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières représentatives publiques ou privées, d'autre part.»

### Exposé sommaire

Le dispositif de contrôle de la tarification à l'activité est marqué d'imperfections significatives et de déséquilibres sérieux. Cette situation nourrit de très nombreux contentieux et alimente en permanence des discussions intenses entre les fédérations hospitalières publiques et privées, d'une part, et les pouvoirs publics d'autre part.

Le présent amendement a pour objet d'apporter une contribution apaisante au débat, en prévoyant un parallélisme des formes avec le même cas de figure pour les professionnels de santé libéraux que la commission de contrôle compétente pour avis soit constituée à parité de représentants des financeurs, d'une part, et de représentants des fédérations hospitalières publiques et privées d'autre part. Tel est en effet le cas pour la commission visée au V de l'article L 162-1-14 du code de la sécurité sociale, qui prévoit dans sa deuxième phrase : « Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission ».

Il faut mesurer la complexité des classifications et de leurs règles de codage, d'une part, ainsi que, parfois, le caractère imprécis des réponses de l'ATIH dans certains domaines, pour comprendre le sentiment d'injustice devant la définition de certains « indus » qualifiés de « fraudes » et le poids des sanctions parfois infligées de manière disproportionnée.

Les pouvoirs publics ont apporté des aménagements réglementaires attendus, par le décret récemment paru le 28 septembre 2011, mais le rééquilibrage de la commission de contrôle permettrait d'établir un cadre commun et utile de discussion des situations, assurant une meilleure évolutivité et acceptabilité du dispositif.

ASSEMBLEE NATIONALE

---

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013  
AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet

----

ARTICLE ADDITIONNEL  
APRES L'ARTICLE ~~11~~<sup>36</sup>, insérer l'article suivant

Il est inséré après le premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du Code de la sécurité sociale, un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé peuvent dans leurs observations demander au Directeur général de l'agence régionale de santé de saisir l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) afin d'obtenir son avis sur les manquements aux règles de facturation, erreur de codages ou absence de réalisation d'une prestation facturée. En ce cas, la saisine de l'ATIH par le Directeur général de l'Agence régionale de santé est obligatoire ».

EXPOSE SOMMAIRE

La sévérité des sanctions financières encourues par les établissements de santé dans le cadre des contrôles externes de l'assurance maladie ne peut être acceptable qu'à la condition que les pouvoirs publics garantissent aux établissements de santé et aux professionnels de santé qui y exercent des règles de codage et de facturation claires et précises. Malheureusement la complexité des classifications et des règles de codage ne permet pas d'atteindre cet objectif de sécurité juridique.

Or, la procédure actuelle de contrôles externes de l'assurance maladie et de sanctions financières qui y sont associées ne prévoit pas la possibilité pour les établissements de santé de saisir directement une instance technique neutre et indépendante sur les règles de codage et de facturation en cas de divergence d'interprétation entre les établissements de santé et les médecins conseils de l'assurance maladie. Introduire cette possibilité à l'article L162-22-18 CSS permettrait de répondre à cette attente de l'ensemble des établissements de santé et des fédérations hospitalières.

ASSEMBLEE NATIONALE  
PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013  
AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 76

AS	95	R
----	----	---

Insérer un nouvel article ainsi rédigé :

« Il est inséré après le premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du Code de la sécurité sociale, un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé peuvent dans leurs observations demander au Directeur général de l'agence régionale de santé de saisir l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) afin d'obtenir son avis sur les manquements aux règles de facturation, erreur de codages ou absence de réalisation d'une prestation facturée. En ce cas, la saisine de l'ATIH par le Directeur général de l'Agence régionale de santé est obligatoire ».

**Exposé sommaire**

La sévérité des sanctions financières encourues par les établissements de santé dans le cadre des contrôles externes de l'assurance maladie ne peut être acceptable qu'à la condition que les pouvoirs publics garantissent aux établissements de santé et aux professionnels de santé qui y exercent des règles de codage et de facturation claires et précises. Malheureusement la complexité des classifications et des règles de codage ne permet pas d'atteindre cet objectif de sécurité juridique.

Or, la procédure actuelle de contrôles externes de l'assurance maladie et de sanctions financières qui y sont associées ne prévoit pas la possibilité pour les établissements de santé de saisir directement une instance technique neutre et indépendante sur les règles de codage et de facturation en cas de divergence d'interprétation entre les établissements de santé et les médecins conseils de l'assurance maladie. Introduire cette possibilité à l'article L162-22-18 CSS permettrait de répondre à cette attente de l'ensemble des établissements de santé et des fédérations hospitalières.

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet

---

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 76, insérer l'article suivant

~~Adopter~~ l'article L162-34 du Code de la sécurité sociale *est ainsi rédigé :*

« Les litiges pouvant survenir à l'occasion de la décision d'une caisse primaire d'assurance maladie de placer un professionnel hors de l'une des conventions ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement, mentionnés aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, sont de la compétence des tribunaux des affaires de sécurité sociale. »

EXPOSE SOMMAIRE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit judicieusement de transférer au tribunal des affaires de sécurité sociale, la contestation du prononcé d'une pénalité financière, au lieu et place du tribunal administratif, comme c'est déjà le cas pour la contestation des recouvrements d'indus.

Il est parfaitement logique que cette disposition soit étendue à la contestation du prononcé d'une sanction conventionnelle.

D'autant que l'article 28-I de l'Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 a transféré des tribunaux administratifs aux tribunaux des affaires de sécurité sociale, le contentieux des mesures de mises hors convention des praticiens et auxiliaires médicaux. Or, la loi d'habilitation du 30 décembre 1995 autorisait le Gouvernement à agir par voie d'ordonnances que pour le seul domaine de la sécurité sociale. Le tribunal des conflits a ainsi toujours maintenu la compétence du tribunal administratif considérant que le Gouvernement n'était pas autorisé à modifier les règles de compétence des juridictions. Afin de clarifier la compétence juridictionnelle en la matière, il convient que l'article L 162-34 du Code de la sécurité sociale soit adopté par le Parlement.

mettre en péril des entreprises, souvent de création récente et reflet de l'identité régionale, qui ont choisi d'investir, d'embaucher et de produire localement. C'est pourquoi, elle lui demande de bien vouloir prendre la mesure des conséquences graves d'une telle augmentation des droits d'accises et de prendre les décisions qui s'imposent pour la sauvegarde de ce secteur, de ses entreprises artisanales et de ses emplois.

ART.

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI

### de financement de la sécurité sociale pour 2013

Commission	
Gouvernement	

AS	171	NS
----	-----	----

## AMENDEMENT 7

présenté par

MM Siré, ~~Andry, Dessol, Solère, Etienne~~

### Article Additionnel

Après l'article 76, insérer l'article suivant :

« L'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

Les tribunaux des affaires de sécurité sociale sont compétents pour traiter les litiges pouvant survenir à l'occasion de la décision d'une caisse primaire d'assurance maladie de placer un professionnel hors de l'une des conventions ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement, mentionnés aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. »

### EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit judicieusement de transférer au tribunal des affaires de sécurité sociale, la contestation du prononcé d'une pénalité financière, au lieu et place du tribunal administratif, comme c'est déjà le cas pour la contestation des recouvrements d'indus.

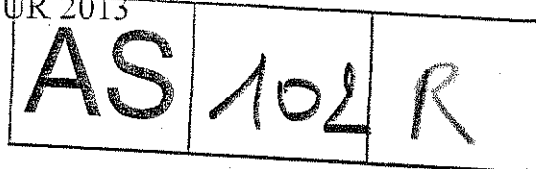
Il est parfaitement logique que cette disposition soit étendue à la contestation du prononcé d'une sanction conventionnelle.

D'autant que l'article 28-I de l'Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 a transféré des tribunaux administratifs aux tribunaux des affaires de sécurité sociale, le contentieux des mesures de mises hors convention des praticiens et auxiliaires médicaux. Or, la loi d'habilitation du 30 décembre 1995 autorisait le Gouvernement à agir par voie d'ordonnances que pour le seul domaine de la sécurité sociale. Le tribunal des conflits a ainsi toujours maintenu la compétence du tribunal administratif considérant que le Gouvernement n'était pas autorisé à modifier les règles de compétence des juridictions. Afin de clarifier la compétence juridictionnelle en la matière, il convient que l'article L 162-34 du Code de la sécurité sociale soit adopté par le Parlement.



# ASSEMBLEE NATIONALE

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



### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

#### ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 76

Rédiger ainsi cet article :

I. Le 3<sup>ème</sup> alinéa du II de l'article L.315-1 du code de la Sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail après examen de l'assuré, ce médecin transmet un rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de soixante-douze heures.

Au vu de ce rapport, ce service :

1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;

2° Soit procède à un nouvel examen médical de l'assuré.

Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, l'employeur ou l'organisme mandaté par l'employeur pour ce contrôle transmet cette information à la caisse dans un délai maximal de soixante-douze heures.

Au vu de cette information, la caisse :

1° Soit décide de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge un nouvel examen de sa situation. La caisse se prononce dans un délai fixé par décret ;

2° Soit demande au service du contrôle médical de la caisse de procéder à un examen de l'assuré ».

*(le reste sans changement)*

## EXPOSÉ SOMMAIRE

Les dépenses d'indemnités journalières (maladie, maternité, accidents du travail), qui se sont élevées à 13 Mds€ en 2011, ont connu une croissance forte au cours de ces dernières années, supérieure à 4 % de 2008 à 2010. En 2011, ces dépenses ont commencé à ralentir avec une progression limitée à 2,4%. Le nombre de journées indemnisées est resté stable.

Cette évolution s'explique par la politique conduite par la CNAMTS en matière de gestion du risque : renforcement des contrôles des arrêts de travail, engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins, diffusion de référentiels visant à harmoniser les durées d'arrêts par pathologie sur le territoire et actions visant à prévenir la désinsertion professionnelle.

Le dispositif de la contre-visite à l'initiative de l'employeur, qui existe depuis 1978 et a été rendu plus efficace par de récentes modifications législatives, a également contribué à cette régulation. Cette faculté est une contrepartie de l'obligation de maintien total ou partiel pour certains salariés. Depuis 2010, le service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie, qui est tenu de donner une suite à l'avis de contre-visite, peut suspendre les indemnités journalières.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale (RALFSS) rendu public le 13 septembre 2012, la Cour des comptes souligne que le dispositif de la contre-visite pourrait encore être amélioré par une plus grande synergie entre les contrôles de l'assurance maladie et le contrôle employeur. Il souligne notamment que *« la mise en relation de la contre-visite et du seul contrôle médical de l'assurance maladie fonctionne mal en raison de la lourdeur de la procédure prévue »*.

Ce constat est partagé par un certain nombre d'acteurs de terrain qui soulignent le manque de coordination entre les différents intervenants d'autant plus regrettable dans ce domaine où les intérêts de l'assurance maladie rejoignent ceux des entreprises.

Sur la base de ces recommandations, le présent amendement propose plusieurs modifications de l'article L.315-1 du code de la Sécurité sociale :

- 1) Il distingue de manière explicite le cas où le médecin diligenté par l'employeur a procédé à un examen médical ayant conclu à l'absence de justification de l'arrêt de travail (environ 6 % des cas) et le cas où le médecin n'a pas pu procéder à l'examen médical de l'assuré en raison notamment de son absence à son domicile (environ 40 % des cas). L'objectif est de permettre l'exploitation des éléments non médicaux des avis de contre-visite dont la Cour des comptes regrette qu'ils ne puissent être exploités par les CPAM en complément des contrôles administratifs.
- 2) Il allonge le délai de transmission du rapport médical et l'information relative à l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré de quarante-huit heures à soixante-douze heures. Aujourd'hui, certains cas ne peuvent être examinés faute d'avoir été transmis dans les délais légaux.
- 3) Il est enfin proposé de permettre à l'employeur ou à l'organisme mandaté par l'employeur pour effectuer la contre-visite de transmettre les éléments administratifs de la contre-visite directement à la caisse.

Le dispositif proposé permet à la caisse d'exploiter directement les informations administratives sans passer par le service du contrôle médical. Celui-ci sera ainsi déchargé du traitement d'éléments ne relevant pas de sa compétence.