

ASSEMBLÉE NATIONALE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

12^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2003-2004

43^e séance

COMPTE RENDU INTÉGRAL

2^e séance du jeudi 30 octobre 2003



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. JEAN LE GARREC

1. **Loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.**
– Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 9755).

DISCUSSION DES ARTICLES (*suite*) (p. 9755)

Article 15 (p. 9755)

Amendements n^{os} 47 de la commission des affaires culturelles et 262 de M. Prél : MM. Bruno Gilles, rapporteur de la commission des affaires culturelles, pour l'assurance maladie et les accidents du travail ; Jean-Luc Priel, Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. – Adoption de l'amendement n^o 47 ; l'amendement n^o 262 n'a plus d'objet.

Adoption de l'article 15 modifié.

Après l'article 15 (p. 9756)

Amendement n^o 337 de M. Bur : MM. Yves Bur, le rapporteur, le ministre. – Retrait.

Amendement n^o 337 repris par M. Le Guen : M. Jean-Marie Le Guen. – Rejet.

Article 16 (p. 9757)

MM. le ministre, François Goulard, rapporteur pour avis de la commission des finances.

Adoption de l'article 16.

Après l'article 16 (p. 9758)

Amendement n^o 126 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur, le ministre.

M. Maxime Gremetz. – Rejet par scrutin.

Article 17 (p. 9761)

Mme Paulette Guinchard-Kunstler.

Amendement n^o 347 rectifié de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

L'article 17 est ainsi rédigé.

L'amendement n^o 180 de M. Le Guen n'a plus d'objet.

Après l'article 17 (p. 9762)

Amendement n^o 127 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur, le ministre, Maxime Gremetz. – Rejet.

Amendement n^o 125 de Mme Fraysse : MM. Maxime Gremetz, le rapporteur, le ministre. – Rejet par scrutin.

Amendement n^o 176 de Mme Guinchard-Kunstler : Mme Paulette Guinchard-Kunstler, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Article 18 (p. 9766)

Mme Jacqueline Fraysse, M. Jean-Luc Prél.

Amendement de suppression n^o 134 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet par scrutin.

Adoption de l'article 18.

Après l'article 18 (p. 9767)

Amendement n^o 181 de M. Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Article 19 (p. 9769)

MM. Jean-Luc Prél, Claude Evin, Yves Bur, Maxime Gremetz, Jean-Marie Le Guen, le rapporteur pour avis, le ministre.

Amendement de suppression n^o 135 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n^o 263 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 48 de la commission et 264 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n^o 49 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 19 modifié.

Après l'article 19 (p. 9778)

Amendement n^o 346 de M. Door : MM. Jean-Louis Bernard, le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Article 20 (p. 9778)

Mme Muguette Jacquaint.

Amendement de suppression n^o 136 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet par scrutin.

Amendement n^o 50 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n^o 51 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n^o 265 de M. Prél : M. Jean-Luc Prél.

Amendement n^o 267 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre. – Rejet de l'amendement n^o 265.

MM. le rapporteur, le ministre, Jean-Luc Prél. – Rejet de l'amendement n^o 267.

Amendements n^{os} 274 de M. Prél et 182 de M. Evin : MM. Jean-Luc Prél, Claude Evin, le rapporteur, le ministre, Jean-Marie Le Guen. – Rejets.

Amendement n^o 266 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 52 de la commission, 196 de M. Heinrich et 268 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n^o 364 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

Les amendements identiques n^{os} 53 de la commission, 197 de M. Heinrich, 275 de M. Prél et l'amendement 184 de M. Evin n'ont plus d'objet, non plus que l'amendement n^o 338 de M. Bur.

Amendement n^o 188 de M. Le Guen : MM. Jean-Marie Le Guen, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendements identiques n^{os} 54 de la commission et 198 de M. Heinrich et amendement n^o 269 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre. – Retrait des amendements n^{os} 54 et 269 ; l'amendement n^o 198 n'est pas soutenu.

Amendement n° 363 du Gouvernement et de M. Jean-Luc Prél : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendements n°s 55 de la commission et 270 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre. – Retrait de l'amendement n° 270 ; adoption de l'amendement n° 55.

Amendements n°s 56 de la commission, 276 de M. Prél et 183 de M. Evin : MM. Jean-Luc Prél, Claude Evin, le rapporteur, le ministre. – Retrait des amendements n°s 276 et 183 ; adoption de l'amendement n° 56.

Amendement n° 57 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 303 de M. Evin : MM. Claude Evin, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 277 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 185 de M. Evin : MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

M. Jean-Marie Le Guen.

Amendement n° 58 de la commission : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendements identiques n°s 59 de la commission, 202 de M. Heinrich et 271 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 187 de M. Evin : MM. Claude Evin, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendements n°s 60 rectifié de la commission, 203 de M. Heinrich, 273 et 272 de M. Prél, et 186 de M. Evin : M. Jean-Luc Prél. – Retrait des amendements n°s 273 et 272.

MM. Claude Evin, le rapporteur, le ministre. – Adoption de l'amendement n° 60 rectifié ; les amendements n°s 203 et 186 n'ont plus d'objet.

Amendement n° 61 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

L'amendement n° 286 de M. Evin n'a plus d'objet.

Amendement n° 287 de M. Evin : MM. Claude Evin, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 348 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 62 de la commission : M. le rapporteur. – Retrait.

Amendement n° 365 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

Adoption de l'article 20 modifié.

Suspension et reprise de la séance (p. 9792)

Article 21 (p. 9792)

Amendement de suppression n° 137 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 63 rectifié de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 64 corrigé de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 65 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 66 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 67 de la commission : M. le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 21 modifié.

Article 22 (p. 9794)

Amendement n° 349 de la commission, avec le sous-amendement n° 359 du Gouvernement : MM. le rapporteur, le ministre, Yves Bur. – Adoption du sous-amendement n° 359 et de l'amendement n° 349 modifié.

Les amendements n°s 189 de M. Evin, 279 de M. Prél et 68 de la commission n'ont plus d'objet.

Adoption de l'article 22 modifié.

Article 23. – Adoption (p. 9795)

Article 24 (p. 9795)

Amendement de suppression n° 138 de Mme Fraysse : Mme Muguette Jacquaint, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 69 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 70 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article 24 modifié.

Article 25 (p. 9797)

Amendement de suppression n° 139 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 71 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 72 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 25 modifié.

Article 26 (p. 9799)

Amendement n° 73 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 350 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article 26 modifié.

Article 27 (p. 9799)

Amendement n° 75 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 27 modifié.

Article 28 (p. 9800)

Amendement de suppression n° 140 de Mme Fraysse : Mme Jacqueline Fraysse, MM. le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 280 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 190 de M. Le Guen : MM. Claude Evin, le rapporteur, le ministre, Jean-Luc Prél. – Rejet.

Amendements identiques n°s 76 de la commission et 204 de M. Heinrich : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 77 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 78 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 10 de M. Bur : MM. Yves Bur, le rapporteur, le ministre. – Adoption de l'amendement n° 10 rectifié.

Adoption de l'article 28 modifié.

Article 29 (p. 9805)

Amendement n° 79 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 360 du Gouvernement : MM. le ministre, le rapporteur. – Adoption.

Les amendements n°s 80 et 81 de la commission n'ont plus d'objet.

Amendement n° 82 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 29 modifié.

Article 30 (p. 9807)

Amendement de suppression n° 234 de M. Prél : MM. Jean-Luc Prél, le rapporteur, le ministre, Claude Evin, Jean-Marie Le Guen. – Rejet.

Amendement n° 339 de M. Bur : MM. Yves Bur, le rapporteur, le ministre. – Rejet.

Amendement n° 351 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Amendement n° 352 de la commission : MM. le rapporteur, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 30 modifié.

Renvoi de la suite de la discussion à la prochaine séance.

2. Saisine pour avis d'une commission (p. 9809).

3. Ordre du jour de la prochaine séance (p. 9810).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. JEAN LE GARREC,
vice-président

M. le président. La séance est ouverte.
(*La séance est ouverte à quinze heures.*)

1

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2004

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (nos 1106, 1157).

Discussion des articles (*suite*)

M. le président. Ce matin, l'Assemblée a poursuivi l'examen des articles et s'est arrêtée à l'article 15.

Article 15

M. le président. « Art. 15. – I. – Les dispositions de l'article L. 5121-10 du code de la santé publique sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. L. 5121-10. – Pour une spécialité générique définie au 5^o de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé procède à l'inscription de cette spécialité dans le répertoire des groupes génériques lorsqu'il délivre l'autorisation de mise sur le marché. Cette inscription atteste le caractère substituable des médicaments figurant dans un même groupe générique. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration de ces droits, sauf accord du titulaire de ces droits.

« Lorsque l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. »

« II. – Le 1^o de l'article L. 5121-20 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1^o Les critères scientifiques justifiant le cas échéant l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5^o de l'article L. 5121-1, les moda-

lités de création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence, ces groupes étant définis au 5^o de l'article L. 5121-1, et la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionnée à l'article L. 5121-10 ; ».

Je suis saisi de deux amendements, n^o 47 et 262, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n^o 47, présenté par M. Gilles, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, est ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le texte proposé pour l'article L. 5121-10 du code de la santé publique :

« Art. L. 5121-10. – Pour une spécialité générique définie au 5^o de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée.

« Lorsque l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence.

« Le directeur général de l'agence procède à l'inscription de la spécialité générique dans le répertoire des groupes génériques au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché de celle-ci le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle, sauf accord du titulaire de ces droits. »

L'amendement n^o 262, présenté par M. Prél, M. Jardé et M. Leteurre, est ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le texte proposé pour l'article L. 5121-10 du code de la santé publique :

« Art. L. 5121-10. – Pour une spécialité générique définie au 5^o de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut procéder à l'inscription de cette spécialité dans le répertoire des groupes génériques au temps d'un délai de 60 jours après avoir informé le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché générique. Cette inscription atteste le caractère substituable des médicaments figurant dans un même groupe générique à la date d'expiration des droits de propriété intellectuelle précisée au répertoire des groupes génériques. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration de ces droits, sauf accord du titulaire de ces droits.

« Lorsque l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. Ce dernier fait connaître sous sa responsabilité les titres de propriété intellectuelle attachés à la spécialité de référence ainsi que leur date d'échéance, à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 47.

M. Bruno Gilles, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je laisserai à M. Préel le soin de présenter l'amendement n° 47 dont il est cosignataire.

M. le président. Monsieur Préel, vous présenterez ainsi en même temps votre amendement n° 262.

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Monsieur le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, nous proposons que, pour une spécialité générique, l'autorisation de mise sur le marché puisse être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée et que le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé puisse procéder à l'inscription de cette spécialité dans le répertoire des groupes génériques au terme d'un délai de soixante jours, cette inscription attestant le caractère substituable des médicaments qui figurent dans un même groupe de génériques.

La première partie de mon amendement n° 262 a été reprise par la commission, ce qui explique que je sois cosignataire de son amendement n° 47.

Mais j'avais proposé, dans mon amendement n° 262, un paragraphe complémentaire pour indiquer que l'agence informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence, lequel devra faire connaître, sous sa responsabilité, les titres de propriété intellectuelle attachés à la spécialité de référence ainsi que leur date d'échéance à l'Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé. Cette précision nous paraît de nature à garantir une bonne information réciproque.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour donner l'avis de la commission sur ces deux amendements.

M. Bruno Gilles, rapporteur. Sur la partie commune, nous sommes tout à fait en phase avec M. Préel : il fallait laisser un minimum de temps pour organiser la défense des droits de propriété avant que la substitution ne devienne effective.

Sur la deuxième partie, les deux amendements diffèrent quelque peu. Premièrement, M. Préel propose une liste des droits de propriété intellectuelle de la spécialité princeps confiée à l'AFSSAPS. Or le projet de loi vise, précisément, à dispenser l'agence de toute obligation dans ce domaine. C'est une différence fondamentale. Deuxièmement, il nous paraît indispensable de maintenir l'obligation pour l'AFSSAPS – et non une simple faculté, comme le souhaite M. Préel – d'inscrire un générique au répertoire.

M. le président. Autrement dit, vous préférez votre amendement n° 47.

M. Bruno Gilles, rapporteur. Tout à fait, monsieur le président.

M. le président. Maintenez-vous votre amendement n° 262, monsieur Préel ?

M. Jean-Luc Préel. Je le maintiens.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, pour donner l'avis du Gouvernement sur les deux amendements.

M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Le Gouvernement partage l'avis de la commission. Comme l'a souligné à juste titre M. Gilles, il n'est pas du ressort de l'AFSSAPS d'entrer dans des vérifications d'ordre juridique. L'AFSSAPS est là pour garantir la sécurité sanitaire de la molécule, non pour s'assurer à chaque fois que le brevet court bien depuis dix ans.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 47. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 262 tombe.

Je mets aux voix l'article 15, modifié par l'amendement n° 47.

(*L'article 15, ainsi modifié est adopté.*)

Après l'article 15

M. le président. M. Bur a présenté un amendement, n° 337, ainsi libellé :

« Après l'article 15, insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 5111-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5111-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5111-3.* – Toute prescription de médicaments à usage humain doit être libellée en dénomination commune suivie, le cas échéant, d'une marque ou du nom du fabricant. Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Cet amendement...

M. Jean-Marie Le Guen. Excellent amendement !

M. François Goulard, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan. Excellent, en effet !

M. Yves Bur. ...vise simplement à reposer la question de la généralisation de la prescription de la dénomination commune internationale. L'accord de juin 2002 avait engagé les médecins à prescrire en dénomination commune une proportion de l'ordre de 25 % de l'ensemble de la liste des médicaments, dont 12,5 % dans le répertoire des génériques. Seize mois plus tard, force est de reconnaître que cet objectif n'est pas encore atteint. La prescription en dénomination commune reste de l'ordre de 6,9 %.

M. Claude Evin. Ah ! La confiance !

M. Yves Bur. Nous devons, me semble-t-il, nous montrer plus exigeants. Grâce aux logiciels informatiques, il est devenu beaucoup plus simple de prescrire en DCI. Je propose que l'ensemble des prescriptions se fasse en dénomination commune, suivie, le cas échéant, de la marque du médicament ou du nom du fabricant. Ainsi, le méde-

cin n'aurait plus à se préoccuper de savoir quelle marque il prescrit ; il se bornerait à prescrire le principe actif, à charge pour le pharmacien de délivrer le médicament. A chacun son métier...

M. François Goulard, rapporteur pour avis. C'est vrai !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet amendement n'a pas été examiné par la commission. Néanmoins, à titre personnel, je donnerai un avis défavorable. S'il est nécessaire, comme l'a dit excellemment M. Bur, de promouvoir le développement des prescriptions en DCI afin de permettre la montée en puissance des génériques, il nous semble en revanche préférable de poursuivre, dans un état d'esprit de responsabilité partagée, dans la voie des accords conclus avec les médecins, qui donne déjà plusieurs signes encourageants.

M. Jean-Marie Le Guen. Vous êtes vraiment optimiste !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Le Gouvernement souhaite vivement, monsieur Bur, que vous retiriez votre amendement. Je vous rappelle qu'un avenant en date du 14 juin 2002 à la Convention nationale des médecins a été signé entre les organismes d'assurance maladie et les médecins généralistes, qui prévoit d'ores et déjà que les médecins conventionnés doivent rédiger leurs prescriptions en dénomination commune ou en générique.

Les médecins ont saisi le Conseil d'Etat sur la régularité de ces dispositions et celui-ci a estimé qu'elles ne portaient pas atteinte à leur liberté de prescription. Cette obligation s'entend sous réserve des cas médicalement justifiés, compte tenu notamment de l'excipient, de la forme du médicament, des caractéristiques du patient pour lesquelles l'ordonnance peut être rédigée en désignant une spécialité pharmaceutique donnée lorsqu'elle apparaît au médecin comme la seule adaptée au traitement de l'affection en cause – par exemple, sous forme de sirop plutôt que sous forme de gélule, ou avec tel excipient permettant d'éliminer le risque d'une éventuelle allergie.

En tout état de cause, cette obligation doit rester du domaine conventionnel avec l'assurance maladie, car elle nécessite une collaboration active des médecins. C'est bien par le dialogue et la confiance entre les gestionnaires et les médecins que doivent se développer ces modalités de prescription.

M. le président. Répondez-vous à la demande cordiale et pressante du ministre, monsieur Bur ?

M. Yves Bur. Oui, monsieur le président, et je vais retirer mon amendement.

M. Jean-Marie Le Guen. Je le reprendrai !

M. Yves Bur. Certes, il y a eu des progrès dans la prescription en DC. Mais au moment où nous avons un déficit de 10 milliards d'euros, nous ne pourrions pas, à l'avenir, faire l'économie de mesures de maîtrise médicalisée – je dis bien médicalisée, cela n'a rien à voir avec la maîtrise comptable – capables d'aboutir à des résultats concrets. Pour ma part, je considère, comme beaucoup d'autres, en premier lieu la Cour des comptes, que l'esprit conventionnel est malheureusement tout à fait dépassé, sinon archaïque. Il faudra nous inscrire dans une véritable contractualisation, dans l'esprit de ce qui a été fait, par exemple, pour l'accord cadre avec l'industrie pharmaceutique, qui engage réellement les deux parties.

Un contrat, selon moi, c'est quelque chose qui fixe bien les objectifs à atteindre. Un contrat prévoit également les modalités de répartition des bénéfices, des gains ou des économies susceptibles d'être dégagées grâce à la bonne pratique médicale. Je veux appeler l'attention du Gouvernement sur la nécessité d'obtenir des résultats encore plus probants que ceux auxquels nous parvenons aujourd'hui. Il faut évidemment, pour ce faire, miser sur la confiance, mais il faut aussi que cette confiance soit très exigeante du côté de l'assurance maladie comme du côté des prescripteurs. Cela dit, je retire l'amendement n° 337.

M. le président. L'amendement est retiré, mais j'ai cru comprendre, monsieur Le Guen, que vous vouliez le reprendre.

M. Jean-Marie Le Guen. Oui, monsieur le président ! Je reprends l'amendement.

M. le président. Vous avez la parole, monsieur Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Je le reprends !

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est là une des questions essentielles auxquelles nous allons être confrontés dans les mois qui viennent : que sera la réforme de l'assurance maladie si, sur un certain nombre de points, nous ne franchissons pas un cap volontaire et décisif ?

Il faut faire confiance au conventionnel, me dit-on. J'entends bien l'argument. Mais enfin, mes chers collègues, lorsque nous allons parler tout à l'heure des affections de longue durée, autrement plus graves et dérangeantes pour la vie de nos concitoyens, nous n'allons pas nous poser la question de savoir si cela relève du conventionnel ! On dira que c'est dans la loi, et, crac, on appliquera ce qu'il faudra ! N'y a-t-il pas là deux poids, deux mesures ? Certes, nous sommes, en l'occurrence, plutôt dans le registre de l'efficacité économique que dans celui de la seule qualité, mais je m'interroge. La prescription en dénomination commune internationale répond-elle seulement à un problème d'efficacité, de rentabilité coût-avantage de notre système de prescription ? Ne répond-elle pas non plus à une préoccupation de qualité en permettant, pardonnez-moi l'expression, de soulager la pression qui s'exerce sur le stylo des prescripteurs ?

Je reprends cet amendement car il porte sur un domaine essentiel dans lequel nous avons déjà avancé, mais peut-être pas suffisamment. La proposition de M. Bur me semble tout à fait légitime. Je m'en voudrais d'abandonner une initiative aussi justifiée et j'entends poursuivre dans son élan.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 337 repris par M. Le Guen.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 16

M. le président. « Art. 16. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les actes pris en application des articles L. 162-17 et L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale avant le 1^{er} juillet 2003, en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'irrégularité des avis rendus par la Commission de la transparence. »

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. S'agissant d'un article de validation législative, il me faut être certain que l'Assemblée est correctement informée (*Sourires*) et j'entends donc lui expliquer très clairement de quoi il s'agit.

M. le président. Qui pouvait douter que l'Assemblée fût correctement informée ? (*Sourires*)

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. A la suite de la réévaluation, effectuée en 1999 par la Commission de la transparence, du service médical rendu de l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, les médicaments dont le service médical rendu a été jugé modéré, faible ou insuffisant ont vu leur taux de prise en charge par l'assurance maladie baisser de 65 à 35 %.

Trois arrêtés de septembre et décembre 2001 et avril 2003 ont ainsi procédé à la baisse du taux de remboursement de près de mille médicaments.

Saisi par un laboratoire pharmaceutique, le Conseil d'Etat a annulé le 20 juin 2003 un arrêté pris par le ministre de l'emploi et de la solidarité le 14 septembre 2001.

Cette décision de justice a mis en évidence la précision insuffisante de la motivation des avis scientifiques préalables aux décisions ministérielles en matière de taux de remboursement des médicaments et le risque que les décisions de baisse de taux soient en conséquence illégales en raison d'un vice de forme.

Le présent article a pour objet de consolider les décisions prises à la suite de la réévaluation des médicaments en interdisant de contester leur légalité au motif de cette insuffisance de motivation.

Cette validation ne fait que corriger l'existence d'un vice de forme qui entache des décisions que le Gouvernement estime parfaitement fondées.

Elle est limitée dans son champ et dans le temps. Cette mesure exclut les décisions de justice passées en force de chose jugée et ne revient donc pas sur la décision du Conseil d'Etat. Elle empêche la réalisation de risques qui pèseraient lourdement sur les finances publiques et qui, plus largement, mettraient en cause la poursuite de la politique engagée dans le domaine du médicament. Elle permettra de sécuriser des décisions qui entraîneront une économie de plus de 500 millions d'euros.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

M. François Goulard, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan. Nous sommes plusieurs dans cette assemblée à manifester généralement notre réticence lorsqu'on nous présente des validations législatives. En l'occurrence, monsieur le ministre, il me paraît tout à fait naturel que le Gouvernement nous demande de voter cet article dans la mesure où il s'agit exclusivement d'une question de procédure. Sur le fond, nous sommes totalement convaincus de la validité de la politique conduite en matière de médicaments. Je tenais à y insister. Cette validation législative ne viole en rien l'esprit qui doit présider au respect des décisions de justice s'agissant du législatif.

M. Jean-Luc Prével. Cela méritait d'être dit !

M. le président. Je mets aux voix l'article 16.
(*L'article 16 est adopté.*)

Après l'article 16

M. le président. Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe des député-e-s communistes et républicains, ont présenté un amendement, n° 126, ainsi libellé :

« Après l'article 16, insérer l'article suivant :

« Il est inséré après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, un article L. 162-16-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-4-1.* – L'entreprise dont la spécialité pharmaceutique ou tout autre médicament fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, prévue à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, doit procéder à la demande de l'inscription de son médicament sur une liste de produits remboursables dans les conditions déterminées à l'article L. 162-17 du présent code. »

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement, qui vise à introduire l'obligation pour l'entreprise pharmaceutique de faire une demande de remboursement de son médicament, me donne l'occasion de revenir sur plusieurs questions liées à la politique du médicament. Nous avons l'an passé amorcé sur ce sujet un débat très intéressant ; j'avais cru y voir une possibilité d'avancer, de parvenir à une entente sur certains points.

A nos yeux, le médicament ne saurait être la variable d'ajustement d'une politique de régulation des dépenses de santé. C'est du reste, tout le confirme, parfaitement inefficace.

Si nous sommes ouverts au dialogue et aux efforts nécessaires pour rectifier au besoin tel ou tel aspect – pourquoi pas ? –, nous ne saurions accepter pour autant le discours actuel qui revient, en gros, à accuser les médecins de trop prescrire ou de prescrire à tort ou à travers. Si quelques cas de ce genre peuvent exister ici ou là, la très immense majorité des médecins prescrivent sérieusement, et c'est heureux : c'est leur métier !

Nous n'acceptons pas davantage les propos selon lesquels les assurés sociaux auraient un appétit féroce et sans borne pour les produits médicamenteux. Ce ne sont pas des chocolats Léonidas ! (*Sourires*)

M. Jean-Marie Le Guen. Pas de publicité !

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Il y a mieux !

Mme Jacqueline Fraysse. Ils sont un peu sucrés, effectivement !

Faire croire que les problèmes financiers seraient dus à cette surconsommation – et je ne parle pas des fraudes dont on a parlé à l'amendement n° 46 avant l'article 15 – est absolument inacceptable. Il me semble avoir démontré que l'absence de ressources nouvelles pour la sécurité sociale était le principal enjeu, même si quelques clarifications en matière de médicaments et de remboursement de médicaments doivent être évidemment envisagées. Et c'est bien à cela que nos amendements s'attachent.

Nous cherchons à trouver une utilisation optimale des ressources en matière de médicaments comme dans les autres domaines, des ressources en termes financiers, bien sûr, mais aussi en termes d'efficacité thérapeutique. C'est pourquoi nous pensons nécessaire de corriger certains aspects des circuits administratifs qui régissent la mise sur le marché et l'admission au remboursement des médicaments.

Selon la procédure en vigueur, lorsqu'une entreprise exploitant un médicament souhaite qu'une spécialité soit remboursable, elle dépose une demande à l'AFSSAPS. Celle-ci décide, conformément aux dispositions du code de la santé publique, d'une autorisation de mise sur le marché.

Ensuite, si l'entreprise souhaite que son médicament soit remboursé par l'assurance maladie, elle dépose un dossier à la commission de la transparence, qui donne un avis aux ministres compétents sur le service médical rendu par ce médicament et sur son intérêt par rapport à la thérapeutique existante. La commission propose au ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale de donner un avis, favorable ou non, sur son efficacité et sur son inscription sur la liste des médicaments remboursables.

Cette procédure a sa valeur, mais elle n'est pas satisfaisante en raison du fait qu'elle laisse à l'industrie pharmaceutique la liberté de demander ou non l'inscription de son produit sur la liste des médicaments remboursables, ce qui a pour conséquence que certains médicaments, pourtant considérés comme très utiles, ne sont pas remboursés, parce que la demande n'en est pas faite.

Votre proposition de dépôt de prix ne répond pas, monsieur le ministre, à cette préoccupation. Dès lors, certains laboratoires ayant obtenu l'AMM ne déposent pas cette demande de remboursement par les régimes d'assurance maladie, pour fixer librement le prix des médicaments et pour en assurer la rentabilité.

Je voudrais redire – et j'espère que cette conception est partagée – que le médicament n'est pas une marchandise comme les autres. Y a-t-il beaucoup de marchandises qui soient remboursées, partiellement ou totalement, dans cette société ?

L'amendement proposé vise donc à créer les conditions pour que la demande d'AMM et le dépôt d'une demande d'inscription sur la liste des médicaments remboursables soient concomitants. Cette procédure évite ainsi que les médicaments à service médical rendu important échappent à l'impérieuse nécessité médicale et thérapeutique d'être remboursés aux assurés sociaux. Notre disposition prévoit qu'il appartiendra au ministre d'inscrire ces médicaments sur la liste de ceux qui sont remboursables.

Cette décision est, évidemment, de nature politique, et non technique, et les pouvoirs publics doivent assumer cette décision importante pour les usagers. Certains ont osé objecter à notre proposition « la liberté d'entreprendre ». Cette démarche n'est pas la nôtre. Notre philosophie – et nous l'assumons – c'est le droit pour tous de se soigner, quels que soient ses revenus.

Je voudrais savoir, monsieur le ministre, ce que vous choisissez, de la liberté d'entreprendre ou de la santé pour tous, en fonction du meilleur service rendu. La question est tout de même bien là.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Madame Fraysse, l'objectif que vous venez de défendre est très intéressant, mais je crois nécessaire de conserver des procédures distinctes pour les décisions qui relèvent de la politique sanitaire – c'est-à-dire l'autorisation de mise sur le marché – et pour celles qui concernent la prise en charge d'un médicament par la collectivité nationale – c'est-à-dire l'inscription, ou non, d'un médicament au tableau des spécialités remboursables. Pour ces raisons, et malgré l'objectif louable de votre amendement, celui-ci a été rejeté par la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le président, je me permettrai de m'adresser à Mme Fraysse moins en tant que parlementaire qu'en tant que médecin. J'entends bien son point de vue, mais je voudrais qu'elle me cite un seul exemple de produit dont l'efficacité serait importante, ou qui serait même indispensable, et qui ne serait pas aujourd'hui inscrit au remboursement.

Mme Jacqueline Fraysse. Je vais vous en donner !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. En deuxième lieu, je voudrais vous rappeler qu'il en est des médicaments comme de bien d'autres choses. Nous avons probablement, madame Fraysse, une expérience comparable et vous savez comme moi que, si nous regardons notre Vidal d'il y a dix ou quinze ans, nous constatons, certes, que de nouvelles molécules sont arrivées mais aussi que certaines de celles que nous utilisions à l'époque ne sont plus utilisées aujourd'hui.

Notre souci est de faire en sorte que la solidarité nationale évolue au fur et à mesure que l'efficacité des molécules est confirmée par les nouvelles techniques de vérification, par les expérimentations en double aveugle ou par les protocoles d'essais thérapeutiques. La solidarité doit s'exercer sur ces molécules.

Le rapporteur vient de l'expliquer, mais je serai un peu plus précis, il y a, en effet, trois étapes successives avant la mise sur le marché d'un médicament. D'abord, on vérifie que le produit n'a pas d'effets secondaires nocifs et qu'il est probablement plus utile que néfaste.

Ensuite, la Commission de la transparence vérifie la réalité de l'utilité médicale, ce qui conduit à le classer au regard du service médical rendu. En fonction de ce dernier, le comité économique des produits de santé apprécie le coût auquel il convient de payer la qualité du service rendu.

Madame Fraysse, je suis sûr que nous sommes d'accord. Nous ne pouvons pas ne pas l'être, ne serait-ce que parce que nous sommes médecins et que nous voulons, naturellement, faire profiter nos malades, dans les meilleures conditions d'égalité et de justice, des produits les plus efficaces. Mais vous savez comme moi que les produits apparaissent, se développent, vivent leur vie et disparaissent parce qu'ils sont remplacés par d'autres. Ainsi en fut-il de tous ces produits bismuthés que nous avons prescrits au début de notre exercice mais dont on s'est aperçu qu'ils pouvaient provoquer des complications. Autres exemples, certaines pastilles pour la gorge et certains sirops étaient remboursés et ne le sont plus. Doit-on pour autant empêcher les gens de continuer d'acheter tel produit, qui garde le statut de médicament, alors qu'ils en ont l'habitude et qu'ils pensent qu'il leur fait du bien ?

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas le problème !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Certains croient que le jus de citron, le matin au réveil, est bon pour la santé, ou bien une pastille de vitamine C. Le jus de citron n'est pas remboursé.

M. Claude Evin. Il n'y a pas d'AMM pour le jus de citron !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Voilà pourquoi il n'a pas le statut de médicament ! Mais il y en a une pour la vitamine C.

Je vous fais observer que certains antibiotiques sont dépassés et se heurtent quelquefois à des résistances. Ils ne devraient plus être prescrits. On s'est rendu compte également récemment que des « doses filées » d'antibiotiques étaient plutôt mauvaises et qu'il fallait retirer les produits. De même que, récemment aussi, on s'est aperçu que des produits contre les bronchites, que vous avez prescrits comme moi, associaient un fluidifiant des sécrétions et un antitussif qui empêchait de les rejeter !

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas de cela que nous parlons !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Ce que je veux expliquer à Mme Fraysse, c'est qu'il y a des produits que des gens prennent volontiers parce qu'ils pensent que cela leur fait du bien - nous n'avons aucune raison d'en interdire la mise sur le marché - mais dont nous pensons, et nous en avons les preuves scientifiques, qu'ils ne relèvent pas de la solidarité. Beaucoup de pays, et pas seulement des pays ultralibéraux, appellent cela l'automédication. Il y a les produits qui sont « devant le comptoir » et que les gens peuvent acheter, et d'autres qui doivent être délivrés sur ordonnance et qui, parce qu'ils sont jugés utiles, sont remboursés, et ce en fonction de leur utilité.

A tout vouloir compartimenter - le tout ou rien -, vous vous priveriez de ces nuances qui permettent d'apprécier un service médical rendu individuel. Laissons les gens libres de prendre des tisanes le soir - au reste, cela ne coûte pas cher ! - ou certains médicaments, s'ils pensent que cela leur fait du bien. Admettons qu'il puisse y avoir des conduites différentes mais la solidarité nationale n'est là que pour rembourser les produits réellement actifs.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne veux pas polémiquer inutilement sur ce dossier. Certes, monsieur Mattel, je partage certaines de vos observations. Je persiste néanmoins à penser que, pour les médicaments nouveaux, déclarés efficaces et utiles...

M. François Goulard, *rapporteur pour avis*. Lesquels ?

Mme Jacqueline Fraysse. ... les laboratoires pharmaceutiques qui obtiennent l'autorisation de les mettre sur le marché devraient être obligés de déposer en même temps une demande de remboursement. Libre ensuite aux commissions et ministres concernés de donner un accord ou non. Pourquoi les laboratoires peuvent-ils s'abstenir, en toute légalité, de le faire, si ce n'est, disons-le clairement, parce qu'on ne veut pas les contraindre et qu'on veut les laisser libres, au moins pendant un certain temps, de fixer les prix.

M. Maxime Gremetz. Vous êtes très laxiste, monsieur le ministre !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Au contraire !

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne vois pas ce qui vous gêne, compte tenu de votre conviction qu'il faut être au service des patients, dans le fait d'exiger cela des laboratoires pharmaceutiques.

M. Pierre-Louis Fagniez. Il faut donner des exemples !

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Mme Fraysse ne m'a pas, comme je le lui ai demandé, donné un seul exemple.

M. Pierre-Louis Fagniez. Voilà.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Un seul exemple, madame, et je suis prêt à examiner avec vous pourquoi ça se passe de cette manière.

M. Claude Evin et Mme Paulette Guinchart-Kunstler. La pilule de troisième génération !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Madame Guinchart, pour la pilule de troisième génération, le remboursement a été demandé, comme d'ailleurs pour le Viagra. Il nous est apparu que la solidarité nationale ne devait pas intervenir, sauf dans certaines indications, et ce sera le cas, je le pense, lorsque les discussions reprendront.

Madame Fraysse, cette fois-ci, ce n'est plus en tant que médecin mais en tant que responsable politique que je parle : quand un laboratoire a un produit dont l'efficacité est telle qu'elle le rend indispensable, et qu'il a la possibilité de solvabiliser son marché, pensez-vous qu'il y renoncera ? Evidemment non !

Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz. Et alors ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Donnez-moi un exemple, nous en parlerons !

Mme Jacqueline Fraysse. Pourquoi refusez-vous mon amendement si cela ne gêne pas les laboratoires ?

M. Pierre-Louis Fagniez. Parce qu'il n'a pas de portée pratique !

M. le président. Sur le vote de l'amendement n° 126, je suis saisi, par le groupe des député-e-s communistes et républicains, d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

M. le président. Nous allons maintenant procéder au scrutin qui a été annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je vais donc mettre aux voix l'amendement n° 126 de Mme Fraysse.

Je rappelle que le vote est personnel et que chacun ne doit exprimer son vote que pour lui-même et, le cas échéant, pour son délégué, les boîtiers ayant été couplés à cet effet.

Je vais vous laisser quelques instants pour regagner vos places.

M. le président. Le scrutin est ouvert.

M. le président. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin sur l'amendement :

Voici le résultat du scrutin :

| | |
|------------------------------------|----|
| Nombre de votants | 50 |
| Nombre de suffrages exprimés | 50 |
| Majorité absolue | 26 |
| Pour l'adoption | 15 |
| Contre | 35 |

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

M. Maxime Gremetz. Les lobbies ont gagné !

Article 17

M. le président. « Art. 17. – I. – Il est inséré à la section IV du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale un article L. 162-16-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5. – Le prix de vente maximum aux établissements de santé des spécialités pharmaceutiques disposant d'une autorisation de mise sur le marché, inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament et de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique. »

« II. – Au 1^o de l'article L. 162-17-4 du même code, après les mots : "le prix de ces médicaments" sont insérés les mots : " , à l'exception de ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché. " »

La parole est à Mme Paulette Guinchard-Kunstler, inscrite sur l'article 17.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. Je souhaite m'exprimer sur l'article car on a opposé l'article 40 de la Constitution à certains amendements que j'avais déposés. Je ne sais d'ailleurs pas pourquoi ils ont été placés à cet endroit. Ils auraient mieux trouvé leur place avant l'article 15.

Devant la commission des comptes de la sécurité sociale, monsieur le ministre, vous avez déclaré qu'à la suite du drame de cet été, le PLFSS comprendrait également des mesures spécifiques visant à prévenir le renouvellement d'une catastrophe d'une telle ampleur. Je vous ai fait remarquer à plusieurs reprises qu'il n'y avait rien d'inscrit dans ce projet de loi – ce qui m'amenait à douter que des mesures concrètes puissent être prises en 2004 – et que les annonces que vous ferez, je crois, la semaine prochaine, ne seraient effectives qu'en 2007, à moins que vous n'inscriviez de telles mesures, soit en seconde lecture, soit au Sénat.

Les mesures que j'avais proposées et qui ont été refusées au titre de l'article 40 pourraient, je pense, être reprises dans le plan "Vieillesse et solidarités". Elles sont de deux ordres.

La loi réformant l'allocation personnalisée d'autonomie, a institué un délai de carence de deux mois afin de bien évaluer la demande. Comme le secrétaire d'Etat aux personnes âgées l'a lui-même reconnu, une telle mesure met profondément en difficulté les gens qui ont à prendre en charge les personnes âgées. Quand celles-ci demandent l'allocation, elles sont déjà en difficulté. Attendre deux mois, c'est aggraver la situation et laisser les familles seules pour y faire face. Même chose dans les hôpitaux, où les services de diabétologie, de traumatologie, l'ensemble des secteurs confrontés à la sortie des personnes âgées en situation de fragilité et de dépendance, de perte d'autonomie, ont besoin tout de suite de l'allo-

cation personnalisée d'autonomie, du plan d'aide. Attendre encore deux mois met réellement en péril la continuité des soins.

M. le président. Nous sommes à l'article 17, madame !

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. Monsieur le président, je comprends votre surprise mais j'ai dit clairement que c'était la séance qui avait décidé d'inscrire mes amendements à l'article 17. J'avais proposé, moi, qu'ils soient inscrits à l'article 15.

Le débat a beaucoup porté sur le manque de personnel et de moyens. J'avais déposé un amendement qui imposait un nombre minimum de personnes travaillant auprès des personnes âgées dans les maisons de retraite. Cet amendement a été refusé, je crois que c'est dommage. Il me semble essentiel, après la réforme de la tarification, que l'on avance vers un dispositif permettant d'avoir des critères clairs pour l'ensemble de la France.

Ma dernière remarque rejoint le débat que nous venons d'avoir à propos des médicaments. J'ai été très surprise, dans le cadre de la canicule, par le fait que des gens sont morts parce qu'ils étaient âgés, certes, mais aussi, manifestement, parce qu'ils avaient absorbé un certain nombre de médicaments, en particulier des psychotropes. Nous avons entendu alors combien le risque iatrogène était élevé chez les personnes âgées. Il faut être très prudent, il ne faudrait pas que les personnes âgées croient qu'on ne va plus leur donner de médicaments. En même temps, il y a tout un travail fondamental à faire sur les risques particuliers qu'encourent les personnes âgées en prenant des médicaments. Entre nous, il est incroyable qu'aucune recherche n'ait été entreprise sur ce point, d'autant plus que, dans d'autres pays, en particulier en Amérique du Nord, ces risques sont définis et connus depuis vingt ans. L'enjeu de l'éducation, non seulement des médecins mais aussi des personnes âgées elles-mêmes, est vraiment très grand.

Il est inacceptable qu'en France, autant de personnes âgées arrivent en hospitalisation d'urgence par intoxication médicamenteuse. C'est un des éléments sur lesquels il faudra aussi travailler et qu'il ne faudra pas négliger dans le cadre du plan « Vieillesse et solidarités ».

M. Maxime Gremetz. Très bien !

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n^o 347 rectifié, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi l'article 17 :

« I. – Après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5. – Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie et des finances prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

« A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par arrêté des ministres compétents après avis

du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code.

« Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa du présent article et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

« Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat, précise les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

« Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. »

« II. – Au 1^o de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, après les mots : "le prix" sont insérés les mots : "ou le prix de vente déclaré mentionné à l'article L. 162-16-5" et, après les mots : "de ces médicaments" sont insérés les mots : ", à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, rapporteur. L'objectif de l'article 17 est de répondre au problème que pose actuellement la rétrocession hospitalière. L'amendement que je vous propose est un amendement de précision qui se différencie du texte initial sur deux points. Il se place dans une logique de partenariat avec les industriels du médicament en systématisant une procédure de type « dépôt de prix » et en prévoyant la fixation du prix par arrêté seulement en cas d'échec des discussions entre l'administration et l'entreprise, et il garantit un accès rapide aux médicaments. Il enferme en effet l'ensemble de la procédure dans un délai maximum de soixante-quinze jours et assure la continuité de la prise en charge pendant la négociation.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 347 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'article 17 est ainsi rédigé.

L'amendement n° 180 de M. Le Guen n'a plus d'objet.

Après l'article 17

M. le président. Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe des député-e-s communistes et républicains ont présenté un amendement, n° 127, ainsi libellé :

« Après l'article 17, insérer l'article suivant :

« Après le premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si les médicaments visés au précédent alinéa présentent un service médical rendu insuffisant ou nul déterminé selon des critères fixés par décret et après avis des commissions compétentes, l'autorisation de mise sur le marché leur est retirée et le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale procède au retrait du médicament sur la liste visée au premier alinéa. »

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous souhaitons revenir sur la notion de service médical rendu et ses conséquences sur les remboursements.

Si le laboratoire pharmaceutique souhaite que le médicament soit pris en charge par les caisses d'assurance maladie, le dossier est alors transmis à la Commission de la transparence, instance consultative qui donne son avis sur l'amélioration du service médical rendu, sur le taux de remboursement, ainsi que sur la prise en charge financière des produits agréés pour l'usage hospitalier, vous l'avez rappelé, monsieur le ministre.

Le service médical rendu est ainsi déterminé en attribuant au médicament présenté aux fins de remboursement une note de 1 à 6 : 1, progrès thérapeutique majeur – ce sont les innovants ; 2, amélioration importante de l'efficacité thérapeutique et/ou de la tolérance ; 3, amélioration modeste de l'efficacité thérapeutique et/ou de la tolérance ; 4, amélioration mineure de l'efficacité thérapeutique et/ou de la tolérance ; 5, absence d'amélioration, néanmoins avis favorable à l'inscription – là commencent les problèmes ; 6, avis défavorable.

La notion de service médical rendu a été renforcée dans la décision de prise en charge du médicament par le décret n° 99-915 du 27 octobre 1999. Celui-ci précise : « Les médicaments sont inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-17 – c'est la liste des médicaments admis au remboursement – au vu de l'appréciation du service médical rendu qu'ils apportent, indication par indication. Cette appréciation prend en compte l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres thérapies disponibles, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux et son intérêt pour la santé publique. Les médicaments dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ne sont pas inscrits sur la liste. »

Le décret s'inscrit donc pleinement dans la logique

comptable des dépenses de santé. En témoigne, si besoin était, l'article R. 163-5, qui précise que ne peuvent être inscrits sur la liste des médicaments remboursables "les médicaments susceptibles d'entraîner des hausses de consommation ou des dépenses injustifiées", une disposition qui, de surcroît, laisse place à une certaine incohérence. A la date du renouvellement de l'inscription, la commission de transparence, en fonction de son appréciation sur le service médical rendu, pourra décider du maintien au même taux de remboursement ou à un taux moindre.

Nous considérons que, dès lors qu'un médicament a été agréé comme tel par l'Agence sanitaire des produits de santé et fait l'objet d'une prescription médicale, il doit être remboursé selon un taux unique. Nous souhaitons d'ailleurs le relèvement progressif du taux de remboursement des médicaments, qui devrait être au moins à 90 %, évidemment si ces médicaments sont efficaces.

De même, nous sommes réservés sur la notion relativement floue du service médical rendu, qui conditionne le remboursement ou non, la prise en charge à 35 % ou à 65 %, car c'est bien là que règne une certaine hypocrisie. Des corrections ont d'ailleurs été nécessaires, vous le savez. Soit un médicament est innovant ou n'a pas d'équivalent, ou il n'y en a pas d'autre meilleur dans l'éventail existant, et il doit être remboursé et bien remboursé, soit il est inefficace ou il y a de meilleurs produits qui existent. Pourquoi continuer à prescrire des médicaments à efficacité douteuse, voire nulle, pourquoi en faire supporter le coût aux assurés sociaux, pourquoi, d'ailleurs, continuer à appeler médicament un produit qui est reconnu inefficace ?

M. Maxime Gremetz. Banal.

Mme Jacqueline Fraysse. J'ai vraiment l'impression de poser des questions de simple bon sens.

M. Maxime Gremetz. Élémentaires.

Mme Jacqueline Fraysse. Vous le voyez, nous ne sommes pas laxistes en matière de politique du médicament. Nous préconisons au contraire une rigueur accrue : ce qui n'est pas un médicament n'est pas remboursé – pas de dépenses pour la sécurité sociale ; ce qui est un médicament est remboursé. S'il faut supprimer certains produits dont vous avez parlé tout à l'heure à juste titre, on les supprime, on ne les rembourse pas, et cela n'occasionne pas de dépenses. Que les gens puissent tout de même en acheter, parce que ça ne leur fait pas de mal, je ne suis pas très sûre que ce soit une bonne philosophie.

M. le président. Madame Fraysse, concluez.

Mme Jacqueline Fraysse. Cette démarche nécessite de renforcer l'information des médecins sur l'utilité de certains médicaments pour qu'ils prescrivent seulement ceux qui sont efficaces et par conséquent remboursés. C'est important. Vous serez sans doute d'accord avec nous sur cet aspect.

M. Maxime Gremetz. Il faut interdire la publicité pour les médicaments.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Cet amendement a été rejeté par la commission pour deux raisons. La première c'est celle que nous avons invoquée pour l'amendement n° 126.

La deuxième est encore plus importante : cet amendement reviendrait à confier à la commission de la transparence le pouvoir de décider de l'inscription au rem-

boursement puisque le ministre n'aurait alors qu'une compétence liée dans ce dispositif. Je souhaite vous avoir convaincue, madame Fraysse.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Juste quelques mots car cet amendement est le miroir de celui que nous avons discuté tout à l'heure, madame Fraysse.

Je suis tout de même assez surpris que vous raisonniez en termes de « tout ou rien », comme s'il n'y avait pas de gradation entre la cosmétologie et les vrais médicaments, avec des médicaments plus ou moins utiles, plus ou moins efficaces, qui doivent trouver leur place.

Nous estimons – et c'est là où nous avons un vrai désaccord – qu'il y a les médicaments importants et indispensables qui doivent être remboursés au taux maximum, d'autres dont les effets sont modérés ou faibles, qui doivent être remboursés à un taux plus bas, et, enfin, des produits que les gens peuvent estimer nécessaires mais dont l'efficacité scientifique n'a pas été prouvée et qui ne doivent pas relever de la solidarité nationale.

Par ailleurs, j'appelle votre attention sur le fait que, dans notre constitution, figure le mot « liberté ». Or vous allez jusqu'au retrait de l'autorisation de mise sur le marché au cas où le service médical rendu serait insuffisant. Cela voudrait dire qu'on ne trouverait plus sur le marché certaines pastilles pour la gorge dont nous avons besoin ici ou là, certains sirops ou certains médicaments appelés autrefois fortifiants.

M. Maxime Gremetz. Pourquoi ne pas les rembourser s'ils sont utiles ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Sous tous les gouvernements, y compris ceux auxquels vous participez,...

Mme Muguette Jacquaint. Je contestais déjà ces mesures !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. ... des décisions ont été prises pour réorganiser les produits en fonction de leur efficacité. Cela ne se passe pas seulement en France mais aussi dans le monde.

Je conteste – mais c'est normal que vous défendiez vos idées, c'est la démocratie – votre classement en « tout ou rien » : soit un médicament est efficace et il est autorisé à la vente et remboursé, soit il ne l'est pas et on n'a même pas le droit de le mettre sur le marché. C'est tout de même invraisemblable.

M. François Goulard, *rapporteur pour avis*. C'est toute une conception de la liberté qui nous sépare !

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Monsieur Mattei, je ne suis pas pour le « tout ou rien ». Vous avez expliqué tout à l'heure que vous vouliez que tout le monde soit soigné, même les gens qui n'ont pas un sou, mais comment ces derniers feront-ils pour prendre à leur charge des médicaments considérés comme moyennement inefficaces ? Voilà ma préoccupation. C'est un problème humain !

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Nous pouvons avoir de nombreux points de convergence puisque vous parlez de solidarité.

Nous approuvons le principe de la couverture maladie universelle. L'effet de seuil ne nous convient pas et nous encourageons les initiatives de la CNAM à aider à la mutualisation jusqu'à 10 % au-dessus du seuil. Dans le processus de concertation que nous engageons maintenant, nous espérons que sera retenue l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire. Quant aux personnes qui seraient véritablement en difficulté, et sans moyens, la CMU permet de les prendre en charge. Quand ils auront besoin de « vrais » médicaments, ils y auront naturellement accès.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Je ne comprends toujours pas, monsieur Mattei. Evidemment, je n'ai pas fait d'études de médecine. C'est peut-être pour ça que je n'arrive pas à comprendre.

M. Antoine Carré. Sûrement !

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Je ne suis pas sûr que ce soit une question d'études !

M. Maxime Gremetz. Mais il y a un bon sens. On peut être professeur et totalement se tromper. Je l'ai montré ce matin, et ce sera au *Journal officiel*.

Monsieur Mattei, vous noyez le poisson. On n'est pas dans le port de Marseille. (*Murmures.*)

M. le président. Monsieur Gremetz !

M. Yves Bur. C'est lourd !

M. Maxime Gremetz. Votre argument, c'est qu'on peut ne pas rembourser un médicament parce qu'il ne coûte pas très cher, que c'est un sirop ou autre,...

Mme Catherine Génisson. Ce n'est pas un argument.

M. le président. N'interrompez pas M. Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Je sais bien que je suis entouré de gens spécialisés... Alors, c'est un peu compliqué pour moi de prendre ma place dans ce débat...

Vous dites qu'il est normal de moins rembourser ce médicament. Mais est-ce, oui ou non, un médicament ? Comme il coûte moins cher, il est moins remboursé. C'est proportionnel. Et vous parlez de la CMU. Je vous rappelle que la CMU, c'est la sécurité sociale des pauvres. La preuve, c'est qu'on en a exclu les bénéficiaires du minimum vieillesse et de l'allocation adulte handicapé,...

M. François Goulard, rapporteur pour avis. C'est la gauche, ça !

M. Maxime Gremetz. Vous étiez d'accord, vous aussi, lorsqu'on a fixé ce seuil qui a exclu deux millions de personnes du dispositif. Mais qui paie la CMU ? Ce sont toujours les mêmes, et votre argumentation ne tient donc absolument pas, monsieur Mattei.

L'amendement de Mme Fraysse est tout à fait logique et de bon sens. C'est pourquoi nous le soutenons avec force.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement...

M. Maxime Gremetz. Je voulais demander un scrutin public sur les deux amendements, mais ce sera pour le prochain !

M. le président. Monsieur Gremetz, le vote et commencé.

Je mets donc aux voix l'amendement n° 127.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe des député-e-s communistes et républicains ont présenté un amendement, n° 125, ainsi libellé :

« Après l'article 17, insérer l'article suivant :

« L'article L. 162-17-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-6. – L'entreprise qui exploite un médicament bénéficie, lorsque ce médicament présente, par son amélioration du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.

« A défaut d'accord en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 du présent code, le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale fixe le prix du médicament après avis du comité économique des produits de santé. »

J'indique d'ores et déjà que, sur le vote de l'amendement n° 125, je suis saisi par le groupe des député-e-s communistes et républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Cet amendement vient compléter nos propositions en matière de développement des médicaments remboursables et de contrôle des prix. Il vise à modifier la procédure accélérée dite « de dépôt de prix », votée l'an passé, pour ne plus permettre à l'industrie pharmaceutique de fixer librement, pour une certaine durée, le prix pour les molécules innovantes.

Par cette disposition, vous vouliez corriger – disiez-vous – un effet pervers du processus que nous avons dénoncé et qui permettait à l'industrie de demander ou non l'inscription de son médicament sur la liste des spécialités remboursables. Vous vous étiez aperçu, comme nous, que certains médicaments n'ont pas fait l'objet de cette demande, dans le dessein d'assurer une meilleure rentabilité au laboratoire, notamment pour les molécules innovantes dont l'intérêt thérapeutique pouvait apporter un « plus » incontestable pour la guérison de certaines maladies.

La mesure que vous proposiez l'an passé, monsieur le ministre, pouvait paraître de bon sens. Qui oserait contester qu'un médicament innovant ou rendant un service médical important puisse être mis à la disposition des malades le plus rapidement possible, surtout en médecine de ville ? Mais, sous prétexte de cette louable et rapide arrivée sur le marché, vous avez accepté la liberté de fixation des prix par le laboratoire. Où est l'économie pour l'assurance maladie ? Où est l'intérêt pour la santé publique, qui passe au second plan, derrière l'intérêt financier ? Sous couvert de bonne volonté, vous n'avez en fait que satisfait la revendication essentielle des laboratoires en leur accordant la liberté des prix pour tous les médicaments nouveaux.

Quant à l'argument qui consiste à dire que l'on ne veut pas entraver le financement de la recherche, il ne peut être seul et en soi recevable. S'il s'agit de la préoccupation principale, alors l'Etat s'honorerait de la soutenir autrement qu'en accordant une liberté des prix dont les conséquences sont uniquement supportées par les malades et les assurés sociaux.

A ce propos, monsieur le professeur, je note que, dans le domaine de la recherche, nous avons le triste privilège d'arriver après les Etats-Unis – cela va de soi – mais aussi

après le Japon, la Chine et l'Allemagne, en cinquième position. C'est bien la preuve que nous avons à faire beaucoup d'efforts, car les produits innovants, c'est aussi la recherche fondamentale.

Par ailleurs, ce matin, vous avez reconnu, involontairement peut-être, la faiblesse de votre dispositif : vous avez dit, en effet, qu'une seule molécule a bénéficié de la procédure accélérée de dépôt de prix et que votre disposition, par conséquent, « n'ouvre pas les vannes à la libéralisation des prix ». Mais, monsieur le ministre, si une seule molécule a bénéficié du dispositif, si un laboratoire a accepté que son médicament très innovant soit remboursé en contrepartie du droit de fixer librement son prix pendant un certain temps, combien d'autres ont préféré ne pas demander le remboursement, pour optimiser la rentabilité de leur molécule ? Combien ne se sont pas inscrits dans le dispositif pour mieux faire de leur molécule très innovante une marchandise rentable ? Votre argument ne me semble pas atténuer, bien au contraire, notre critique envers la politique du médicament que vous conduisez.

Contrairement à ce que vous avez indiqué, vous et le rapporteur, nous proposons que la négociation soit conduite dans le cadre conventionnel actuel. Toutefois, si elle venait à échouer, nous proposons, mon cher rapporteur, qu'il revienne au ministre de fixer le prix.

Je vais vous donner une dernière information qui vous intéressera sans doute, et qui bat en brèche une autre idée reçue. J'ai ici le classement des pays de l'OCDE concernant la part des dépenses de santé dans le PIB : les États-Unis arrivent à 13,9 %, la Suisse à 10,9 %, l'Allemagne à 10,7 %, le Canada à 9,7 % et la France à 9,5 % seulement. On entend pourtant dire que la France est le pays où les dépenses de santé sont les plus élevées ! Encore une idée fautive, largement répandue, sans aucune justification. Je communiquerai évidemment mes références au service du compte rendu intégral.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. L'amendement n° 125 a été repoussé par la commission. Comme M. Gremetz l'a lui-même reconnu, une procédure accélérée d'inscription au remboursement a déjà été prévue pour les médicaments innovants au titre de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Il semble prématuré et peu opportun de revenir sur ce dispositif.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Nous allons maintenant procéder au scrutin qui a été annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je vais donc mettre aux voix l'amendement n° 125 de Mme Fraysse.

Je rappelle que le vote est personnel et que chacun ne doit exprimer son vote que pour lui-même, et, le cas échéant, pour son délégué, les boîtiers ayant été couplés à cet effet.

Je vais vous laisser quelques instants pour regagner vos places.

M. le président. Le scrutin est ouvert.

M. le président. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin sur l'amendement :

| | |
|------------------------------------|----|
| Nombre de votants | 39 |
| Nombre de suffrages exprimés | 39 |
| Majorité absolue | 20 |
| Pour l'adoption | 6 |
| Contre | 33 |

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

Mme Guinchard-Kunstler, Mme Guigou, M. Jean-Marie Le Guen, M. Evin, Mme Génisson, MM. Claeys, Bapt, Gorce, Le Garrec, Renucci et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 176, ainsi rédigé :

« Après l'article 17, insérer l'article suivant :

« Un rapport du Gouvernement sur les conditions de participation des personnes à la prise en charge de leur dépendance est transmis au Parlement le 31 janvier 2004. Ce rapport présentera en particulier les conséquences de la baisse du seuil de revenus à partir duquel la personne bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie participe au plan d'aide. »

La parole est à Mme Paulette Guinchard-Kunstler.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. Vous allez dire, monsieur le ministre, qu'il s'agit simplement de demander un rapport de plus. Mais, je crois, l'enjeu n'est vraiment pas là.

Ce que je propose concerne l'allocation personnalisée d'autonomie, mais cela vaudrait pour d'autres dispositifs – par exemple, on pourrait peut-être, un jour, en faire autant pour l'allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne, et pour les personnes handicapées. Il serait intéressant de comprendre quelle est la participation réelle des personnes âgées au dispositif d'aide qui est mis en place.

La loi de mars 2003 a réduit le niveau de l'allocation personnalisée d'autonomie, elle a même plutôt augmenté la participation des bénéficiaires les plus modestes. Or, parallèlement, la semaine dernière, dans le cadre de la discussion du budget pour 2004, il a été décidé d'augmenter la réduction d'impôt pour l'embauche d'une personne à domicile. Je ne peux que m'interroger quand je compare les chiffres : d'un côté, on diminue de 1 200 euros l'allocation personnalisée d'autonomie des plus modestes ; de l'autre côté, on augmente la réduction d'impôts de 1 300 euros par an pour les plus aisés, ceux qui paient des impôts. Sur cette vraie question, j'aimerais, monsieur le ministre, qu'ait lieu un travail de réflexion énorme – reprenant, notamment, l'excellent rapport qu'avait rédigé M. Thierry sur la problématique de la professionnalisation et de l'organisation du maintien à domicile des personnes handicapées et des personnes âgées – pour déterminer si le dispositif de réduction d'impôt dans le cadre de l'embauche à domicile doit être supprimé ou, au contraire, versé dans le pot commun de la structuration réelle du dispositif en faveur des personnes handicapées et des personnes âgées. Mais je crois que M. le ministre ne m'écoute pas. (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. Madame Guinchard-Kunstler, M. le ministre vous écoute !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je vous écoute attentivement !

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. Ce que je dis figurera au *Journal officiel*, et c'est peut-être le plus important. Ce que je propose est un des éléments de la

construction du lien entre le social et le sanitaire. Vous le savez fort bien, comme nous tous, comme tous ceux qui travaillent sur ce dossier : il y a un enjeu de structuration correcte en termes de professionnalisation et de réseau dans le suivi de soins à domicile, autant pour les personnes handicapées que pour les personnes âgées ou les malades chroniques. Je peux vous assurer qu'un tel rapport nous serait d'une grande aide. Je propose qu'il soit confié au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Ainsi, nous pourrions avoir des propositions réelles sur l'organisation des soins et du maintien à domicile, en tout cas sur la politique de soins de ville et sur le lien entre le sanitaire et le social.

Cette proposition est d'une grande simplicité, mais elle nous apporterait une aide réelle.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet amendement a été repoussé par la commission. L'APA n'ayant pas été financée par le précédent gouvernement, il était nécessaire d'abaisser le seuil des revenus à partir duquel le bénéficiaire de l'APA participe à ses propres dépenses. Il n'y a donc pas lieu de demander un rapport sur cette question.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je veux redire à Mme Guinchard-Kunstler que le Gouvernement comprend d'autant mieux sa préoccupation que c'est également la sienne. Nous allons annoncer un plan « vieillissement et solidarité »...

M. Claude Evin. Il a déjà été annoncé le 1^{er} octobre !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. On nous reproche parfois d'aller trop vite, d'autres fois d'être trop longs. Qui va lentement, va sûrement. Nous sommes peut-être un peu trop lents de votre point de vue, mais nous voulons progresser avec assurance, j'ai expliqué pourquoi hier dans ma réponse à la discussion générale.

Il me paraît donc un peu excessif de demander un rapport d'évaluation avant même que le plan ne soit mis en route. Madame Guinchard-Kunstler, nous pourrions discuter pour savoir s'il faut un comité de suivi sur l'application du plan « vieillissement et solidarité », cela me paraît tout à fait justifié, mais, franchement, il est un peu prématuré de fixer cette date du 31 janvier 2004, et, en tout cas, pas du tout justifié.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 176.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 18

M. le président. « Art. 18. – I. – A la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est créé une sous-section 1 comprenant les articles L. 162-20 à L. 162-21-1 et ainsi intitulée :

« Sous-section 1

« Dispositions générales

« II. – A l'article L. 162-21 du même code, les mots : « établissements de soins » sont remplacés par les mots : « établissements de santé ».

« III. – L'article L. 162-21-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-21-1. – L'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, de l'avance des frais d'hospitalisation dans les établissements de santé mentionnés aux *a, b, c* et *d* de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 174-1. »

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, inscrite sur l'article 18.

Mme Jacqueline Fraysse. Non seulement l'article 18 généralise le tiers payant à tous les assurés sociaux, mais, pour y parvenir, il modifie le statut des établissements de soins. C'est une façon subtile de généraliser le tiers payant à tous nos concitoyens. C'est aussi le moyen d'introduire un niveau supplémentaire de régression sociale. Non seulement vous augmentez le forfait hospitalier et remboursez les médicaments, mais vous obligez les assurés sociaux à contribuer à l'avance des soins au nom de leur « responsabilisation devant les dépenses de santé », pour éclairer « la perception que le patient pouvait avoir du coût de sa consommation » – ce sont les paroles mêmes du rapporteur.

Je ne reviens pas sur la question que j'ai posée tout à l'heure. Comment feront ceux qui n'ont pas un sou ? Ils se débrouilleront !

En réalité, vous avez trouvé là une manière d'élargir cette politique, que nous contestons, de restriction des dépenses de remboursement de l'assurance maladie et de transfert de charges financières toujours plus importantes sur le dos des assurés. Mais, de surcroît, vous pénalisez un peu plus encore les plus modestes, ceux qui utilisent le plus les services de l'hôpital, parce qu'ils n'ont pas les moyens de se soigner dans d'autres lieux. Pourquoi n'appellent-ils pas le médecin la nuit ? Parce qu'ils ne peuvent pas le payer. Ils vont donc aux urgences, où ils sont accueillis et traités. Ils utilisent davantage les services sanitaires, parce qu'ils ne peuvent pas assumer la charge financière de soins réguliers. Souvent, d'ailleurs, ils tardent même à se rendre dans les services hospitaliers. Vous savez tout aussi bien que moi qu'ils ne peuvent pas, dans bien des cas, assurer la charge financière d'une mutuelle – vous dites d'ailleurs être attentif à cette question – qui leur permettrait d'être remboursés de l'avance de frais, à supposer qu'ils aient la possibilité de faire une telle avance.

Cette démarche est vraiment grave, je l'ai déjà dit et je veux le redire. Elle est extrêmement préoccupante du point de vue de sa philosophie, à un moment où nous constatons que, dans certains quartiers parmi les plus modestes – et je devrais peut-être déjà dire : les plus pauvres –, les familles ne se soignent plus correctement. A tel point que de plus en plus d'enfants nous sont signalés, dans les services sociaux de nos communes, par les services de l'éducation nationale. Et je ne parle pas de la santé des parents. Voilà la réalité de certains de nos quartiers ! D'ailleurs, il n'y a qu'à constater la recrudescence de certaines maladies qui avaient pratiquement disparu.

Je crois – et je vais être un peu désagréable, mais tant pis – qu'il serait utile que certains ici se promènent autre part que dans les beaux quartiers – ce n'est pas désagréable, c'est parfois un petit peu aseptisé, mais enfin, bon – et essaient de côtoyer un peu ceux dont on a dit qu'ils formaient « la France d'en bas ».

Votre construction à destination des établissements de santé qui ambitionnent d'introduire le marché – car il faut appeler les choses par leur nom – dans le système hospitalier va renforcer ces inégalités déjà fortement présentes dans le quotidien de plus en plus de familles.

Mais, évidemment, le darwinisme social qui anime le Gouvernement ne tient compte que des valeurs de « la France qui gagne », comme on dit, comme l'a d'ailleurs si bien expliqué le ministre de l'économie et des finances : après tout, si les faibles devaient disparaître devant les forts, il n'y aurait là rien que de très normal, puisque les choses rentreraient ainsi dans l'ordre ! Eh bien, je vous mets en garde, mes chers collègues : gare à cette vision réactionnaire de l'ordre des choses. Outre qu'elle n'est pas brillante au plan humain, elle risquerait, à terme, d'être fatale à tous.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Juste un mot, monsieur le président. Si j'ai bien compris l'article 18, il prévoit précisément l'extension de l'obligation de tiers payant à tous les établissements, afin de permettre aux patients d'avoir accès aux soins sans avoir à payer une participation. Je n'ai donc pas compris l'intervention de Mme Fraysse. C'est ce que je voulais lui dire.

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Merci, monsieur Préel.

M. le président. Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe des député-e-s communistes et républicains ont présenté un amendement, n° 134, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 18. »

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne répéterai pas mon intervention sur l'article, monsieur Préel, car le président ne m'y autoriserait pas, mais je peux vous faire...

M. Jean-Luc Préel. Un cours particulier ?

Mme Jacqueline Fraysse. C'est cela même.

Après ce que j'ai dit, personne ne sera surpris par notre amendement de suppression, mais je voudrais m'arrêter un instant sur cette volonté d'uniformisation des établissements. Car, enfin, quelle similitude y a-t-il entre l'Hôpital américain de Neuilly et l'hôpital de Nanterre, par exemple ? Bien sûr, dans l'un comme dans l'autre, on dispense des soins, mais tout le monde sait bien qu'ils ne sont pas dans le même registre et qu'ils ont des spécificités.

M. le président. Madame Fraysse, permettez-moi de vous interrompre.

M. Maxime Gremetz. Ah non, vous ne pouvez pas interrompre l'orateur, monsieur le président.

Mme Jacqueline Fraysse. Je dispose de cinq minutes pour soutenir mon amendement !

M. le président. Je veux simplement informer l'Assemblée que, sur le vote de l'amendement n° 134, je suis saisi par le groupe des député-e-s communistes et républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Poursuivez, madame Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je disais donc que tout le monde ici sait très bien que chaque structure a ses spécificités concernant son fonctionnement, son public et ses activités. Celles-ci ne sont pas substituables. Ces distinctions ne peuvent pas être niées, au risque de nier les différences de besoins. Je pense qu'il faut aider le plus ceux qui en ont le plus besoin. C'est cela, la solidarité. L'uni-

formisation, telle que vous la proposez, n'est pas réaliste et elle est dangereuse. Voilà pourquoi nous proposons de supprimer cet article.

M. Maxime Gremetz. Neuilly et La Courneuve, ce n'est pas pareil !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet amendement a été rejeté par la commission. La mise en œuvre de la tarification à l'activité est une bonne chose. Elle va permettre de supprimer la dotation globale, qui était devenue un système inégalitaire, coûteux et inefficace.

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Très bien !

M. Maxime Gremetz. C'est très bien qu'il ait dit ça. S'il l'affirme, c'est que ça doit être vrai !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Nous allons maintenant procéder au scrutin qui a été annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je vais donc mettre aux voix l'amendement n° 134 de suppression de l'article 18 présenté par Mme Fraysse.

Je rappelle que le vote est personnel et que chacun ne doit exprimer son vote que pour lui-même et, le cas échéant, pour son délégué, les boîtiers ayant été couplés à cet effet.

Je vais vous laisser quelques instants pour regagner vos places.

.....
M. le président. Le scrutin est ouvert.

.....
M. le président. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin sur l'amendement.

Voici le résultat du scrutin :

| | |
|------------------------------------|----|
| Nombre de votants | 39 |
| Nombre de suffrages exprimés | 39 |
| Majorité absolue | 20 |
| Pour l'adoption | 4 |
| Contre | 35 |

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'article 18.

(L'article 18 est adopté.)

Après l'article 18

M. le président. M. Jean-Marie Le Guen, M. Evin, Mme Génisson, M. Claeys, M. Bapt, Mme Guinchard-Kunstler, MM. Gorce, Le Garrec, Renucci et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 181, ainsi libellé :

« Après l'article 18, insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 162-20 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-20-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-20-1. – Le ministre de la santé est chargé de mettre en place dans chaque établissement d'une importance égale et supérieure à des normes

fixées par décret, une « démarche qualité » indépendante hiérarchiquement de l'établissement. Cette démarche qualité devra veiller au respect des normes qualité et des processus édités par les organismes nationaux et régionaux compétents, notamment par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ; de recevoir toutes les informations relatives à la suspicion d'un épisode nosocomial ; d'enquêter sur chaque anomalie qui lui sera signalée et de proposer à la direction de l'établissement toute mesure susceptible d'y pallier. »

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Il s'agit là d'un amendement que nous avons déjà défendu en d'autres occasions. En l'occurrence, il nous paraît tout à fait fondamental pour la réforme de notre système de santé, et notamment pour l'évolution de l'hôpital.

Nous pensons que c'est autour du principe de qualité des soins que doit s'organiser la réforme, la restructuration de notre appareil de santé. Nous débattons de la réforme de l'assurance maladie, mais en réalité, ce dont notre pays a besoin, c'est d'abord d'une réforme de l'offre de soins. Celle-ci doit être suivie d'une discussion à la fois des moyens de financement et des formes de régulation économique, mais c'est d'abord pour la réforme de soins que nous devons agir.

Et il faut mener cette réforme au nom du principe de la qualité. C'est lui et lui seul qui doit guider notre réflexion et être le principe moteur de la restructuration. Il faut en particulier que l'hôpital intègre la lutte contre les maladies nosocomiales comme une valeur première, un sujet majeur de préoccupation. Car le niveau de prise de conscience que l'ampleur du phénomène mériterait n'a pas encore été atteint. Inéluctablement, dans les mois et les années qui viennent, cela deviendra un des points focaux de la réforme de l'offre de soins.

Mais je saisis cette occasion pour insister, d'une façon plus générale, sur la différence que nous devons faire entre la notion de qualité et la notion d'efficacité. Je pense que nos discussions – et cela vaut pour le médicament, comme pour l'hôpital et sa restructuration, comme aussi pour l'offre de soins d'une façon générale – doivent faire ressortir que nos concitoyens ont le droit de savoir, en toute confiance, quels sont les choix impliqués par la qualité et quels sont ceux impliqués par l'efficacité.

Les deux sont légitimes, mais ils n'ont pas la même source de légitimité. La qualité des soins se vérifie sur des bases scientifiques. L'efficacité, elle, se calcule sur des bases économiques, sur le principe coût-avantage, et le politique intervient directement pour affirmer sa subjectivité là où il pense que telle stratégie d'efficacité doit être mise en œuvre plutôt que telle autre. On le voit à propos du prix comme à propos du remboursement du médicament, il faut savoir à tout moment distinguer l'information scientifique de l'information économique. Il est fondamental que notre réflexion soit constamment guidée par cette distinction.

C'est pourquoi nous avons d'ailleurs proposé que, de la même façon que sur les médicaments il existe des structures pour la qualité et des structures pour les aspects économiques, nous ayons aussi sur l'ensemble des structures de soins, et notamment vis-à-vis de l'ANAES, des structures qui parlent au nom de la qualité des soins, de leur évaluation, et des structures qui parlent au nom de l'efficacité. Evitons donc de mélanger ces deux critères.

Lorsqu'on les confond, lorsqu'on les fait intervenir conjointement dans une argumentation, on rend toute évolution impossible.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Monsieur Le Guen, la qualité est un enjeu majeur de la réforme portant tarification à l'activité, mais l'amendement que vous proposez pose peut-être plus de questions qu'il ne résout de problèmes. D'abord, quelle place pour le comité de lutte contre les infections nosocomiales ? Comment l'instance que vous voulez créer pourrait-elle être vraiment indépendante ? A quoi servirait, dans ce cas-là, la direction ? Quelle articulation avec l'ANAES ? Mieux vaut peut-être attendre l'engagement de la réforme de la gouvernance de l'hôpital avant de créer une commission de plus.

Pour ces raisons, la commission a repoussé votre amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je veux dire à M. Le Guen que le Gouvernement partage naturellement son souci. La qualité – et il me semble l'avoir dit hier – est probablement l'instrument de régulation le plus efficace en matière de dépenses de santé. La qualité. Ni la maîtrise comptable, ni la maîtrise réglementaire : la qualité, qui en soi devrait nous permettre d'instaurer une régulation. Vous avez donc raison, monsieur Le Guen, de souhaiter qu'il y ait une démarche de qualité dans les grands établissements de santé.

Mais je voudrais attirer votre attention sur deux choses.

D'abord, nous sommes entrés dans un processus de médicalisation de l'ANAES, ce qui est extrêmement important, parce que nous poursuivons une démarche – qui a d'ailleurs été initiée avant nous – d'accréditation et d'évaluation. Donc, si l'ANAES veille à vérifier qu'il n'y ait pas seulement un bon suivi et respect des protocoles et des méthodes, comme c'est le cas actuellement, mais vérifie aussi l'efficacité et la qualité de soins, nous avons déjà une première réponse à votre question.

Deuxième élément de réponse – mais il est vrai que nous n'en avons pas fait une grande publicité –, nous avons entamé au mois de juillet 2003 le projet « COMPAQH », le projet de coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière. Ce projet est piloté par la DHOS, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, et par l'ANAES. Sa mise en œuvre a été confiée à l'INSERM. Il vise à déterminer les indicateurs qui permettraient d'évaluer le niveau global de qualité, établissement par établissement, afin même d'être rendu public. Mais pour entrer dans une démarche de qualité, ce que vous souhaitez, et ce qui n'est pas du tout exclu, il nous faut d'abord élaborer les critères et les moyens d'appréciation de cette démarche. C'est la raison de notre projet.

Par conséquent, un, je vous donne acte de votre souci. Deux, je pense que nous sommes en train de vous donner satisfaction et qu'il serait prématuré d'inscrire d'ores et déjà dans la loi la disposition que vous proposez.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 181.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 19

M. le président. « Art. 19. – I. – A la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est créé une sous-section 2 comprenant les articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 et ainsi intitulée :

« Sous-section 2

« *Frais d'hospitalisation afférents aux activités de soins de suite ou de réadaptation et aux activités de psychiatrie de certains établissements de santé privés* »

« II. – L'article L. 162-22-1 du même code est ainsi modifié :

« 1^o Au premier alinéa, les mots : "Pour les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique" sont remplacés par les mots : "Pour les activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation respectivement mentionnées aux *a* et *b* du 1^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 ;

« 2^o Le 3^o est complété par les mots : "ainsi que des tarifs des prestations correspondant à des activités nouvellement autorisées ou reconnues au sein d'un établissement" » ;

« 3^o Le 5^o est ainsi rédigé : "Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie" ; ».

« 4^o Les 6^o et 7^o sont supprimés. »

« III. – L'article L. 162-22-2 du même code est ainsi modifié :

« 1^o Le I est ainsi rédigé :

« I. – Chaque année est défini un objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué par le montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre de ces activités au cours de l'année et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« Le montant de l'objectif quantifié national est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Le montant prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant » ;

« 2^o Au II, après les mots : "au titre des soins dispensés l'année précédente" sont ajoutés les mots : ", des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours". »

« IV. – L'article L. 162-22-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-3. – I. – Chaque année, l'Etat détermine :

« 1^o L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-1, selon les

modalités prévues à l'article L. 162-22-2. Ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales :

« 2^o Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être allouées aux établissements par les agences régionales ;

« 3^o Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1^o de l'article L. 162-22-1.

« II. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I du L. 162-22-2 et sa répartition par région, par établissement et par nature d'activité.

« Lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées pour le premier trimestre n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours, l'Etat peut modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-1 de manière à garantir son respect dans les conditions prévues au I du présent article.

« III. – Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. »

« V. – L'article L. 162-22-4 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-4. – Chaque année, l'Etat détermine, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-3 les règles générales de modulation des tarifs des prestations mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-1 des établissements de la région, en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 à L. 6113-9 du code de la santé publique. L'Etat détermine, en outre, compte tenu des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et des orientations du conseil régional de santé, les critères susceptibles d'être pris en compte pour accorder à certains établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions de tarifs différentes du taux moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues au 1^o du I de l'article L. 162-22-3. »

« VI. – L'article L. 162-22-5 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-5. I. – Les tarifs des prestations afférents aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé privés mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1^{er} mars de l'année en cours.

« II. – L'Etat fixe les tarifs de responsabilité applicables aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé privés mentionnés au *e* de l'article L. 162-22-6. »

Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 19.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Je serai peut-être un peu long sur cet article, monsieur le président, pour ne pas avoir à intervenir de nouveau sur les articles suivants. En effet, nous abordons ici la réforme de la tarification des établissements, même si l'article 19 lui-même comporte uniquement des dispositions particulières pour les établissements ayant des activités de soins de suite ou de réadaptation. Mais il s'agit là d'une conséquence de la réforme.

Cette réforme était très attendue. Je voudrais exprimer ma satisfaction, mais aussi une certaine inquiétude concernant les difficultés qu'elle va entraîner.

Cette réforme très attendue, donc, est urgente. Car le budget global, qui est, comme on le dit parfois, la photo jaunissante de 1984, a montré depuis longtemps ses limites en assurant une rente de situation à certains établissements et en étranglant ceux dont l'activité augmente. Or, quand l'activité d'un établissement augmente, c'est en réalité parce que les malades et les familles lui font confiance.

La tarification à l'activité répond donc à l'espoir de beaucoup. Mais sa mise en œuvre suscite des inquiétudes, dont beaucoup semblent justifiées, en raison de sa complexité et des changements qu'elle induit. Et devant tout changement, bien entendu, beaucoup ont le droit d'être inquiets. C'est pourquoi l'expérimentation a été importante, et vous avez eu raison, monsieur le ministre, de prévoir une expérimentation. De nombreux établissements ont été volontaires pour cette expérimentation, mais n'ont pas eu l'impression d'avoir eu un retour. Notamment, ils n'ont pas eu connaissance des simulations financières ni de la comparaison entre la dotation dans le cadre du budget global et celle qu'ils recevraient dans le cadre de la tarification à l'activité. Un tel retour aurait peut-être permis de lever les inquiétudes.

La persistance de deux tarifications et les délais de mise en œuvre différents pour le public et le privé suscitent des interrogations. L'idéal théorique aurait été bien entendu d'aboutir à une seule tarification pour l'ensemble des établissements. Mais la mise en œuvre de celle-ci est difficile, voire impossible. En effet, il semble hélas inéluctable que s'instaurent deux tarifications différentes, dans la mesure où les honoraires du privé ne sont pas intégrés – le seront-ils d'ailleurs un jour ? cela est peu probable – et où les ratios de personnel et les rémunérations divergent beaucoup, puisqu'il semble persister des différences de rémunération de l'ordre de 25 %.

Or l'affichage de deux tarifs différents pour une même intervention, dans deux établissements d'une même ville, risque d'avoir auprès du public un effet dévastateur. Il sera très difficile de lui expliquer les raisons pour lesquelles il y a deux tarifications.

La mise en œuvre dès 2004 pour le privé et la mise en œuvre progressive sur dix ans pour le public repoussent l'éventuelle convergence à des lendemains très incertains. D'ailleurs, la convergence sera-t-elle réalisée ? Il est permis d'exprimer des doutes à ce sujet. Lorsque, avec la mise en œuvre des dotations hospitalières régionales, nous avons constaté des inégalités importantes entre les régions, il avait été prévu d'y mettre un terme progressivement. La correction a donc été engagée, mais elle n'a été réalisée qu'à la marge, et, semble-t-il, vous vouliez y mettre fin cette année, alors que les inégalités interrégionales demeurent.

Donc, qu'en sera-t-il demain de la convergence des budgets par activité entre le public et le privé ? Sera-t-elle réalisée ?

Monsieur le ministre, j'ai une autre interrogation : comment mettre en œuvre la réforme de la tarification sans rebasement préalable et à enveloppe constante ? En effet, 50 % des hôpitaux ont des problèmes budgétaires, dont celui de Vannes, je crois, (*Sourires*)...

M. Claude Evin. Eh bien alors, monsieur Goulard ?

M. Jean-Luc Prél. ... et recourent à des reports de charges. Quant aux cliniques, 37 % d'entre elles sont en déficit. Comment, dès lors, appliquer une réforme de la tarification ?

N'aurait-il pas été nécessaire, pour réussir cette réforme, de partir sur des bases saines et donc de remettre les budgets à niveau ? L'augmentation de 4,2 % de la dotation hospitalière, que vous avez détaillée hier et ce matin, monsieur le ministre, ne le permettra sans doute pas.

J'ai bien entendu votre décompte, mais des interrogations persistent sur cet ONDAM hospitalier.

En effet, où retrouverons-nous, en 2004, le financement des médicaments coûteux ? Où retrouverons-nous le plan Urgences, le plan Hôpital 2007 et les autres mesures ? Si c'est dans l'ONDAM, que restera-t-il pour ce que l'on appelle habituellement la reconduction des moyens ?

Surtout, monsieur le ministre, l'apparition d'un mécanisme de régulation proche des lettres clés flottantes suscite chez nous une grande inquiétude. En effet, nous avions compris que les établissements recevraient des recettes en fonction de leur activité réelle. Or vous prévoyez de diminuer les recettes si l'activité augmente au-delà des prévisions. Dès lors, quelle différence avec le budget global affecté à l'établissement ? N'y a-t-il pas une réelle contradiction entre lettres clés flottantes et financement à l'activité ?

Enfin, monsieur le ministre, la TAA demandera une grande réactivité pour adapter la nomenclature, les points ISA à la réalité et à la nouveauté des actes. A cet égard, je vais reprendre un exemple que j'ai déjà cité lors de la discussion générale, mais j'y insiste parce qu'il me paraît très éloquent.

M. le président. Monsieur Prél, je vous laisse un peu plus de temps, mais il ne faudrait pas abuser.

M. Jean-Luc Prél. J'ai quasiment terminé, monsieur le président. J'ajoute que je ne prendrai pas la parole sur l'article 20, sauf pour répondre éventuellement à M. le ministre.

M. le président. Soit, mais vous n'interviendrez pas sur l'article 20.

M. Jean-Luc Prél. Ainsi, une coronaroplastie chirurgicale rapporte aujourd'hui plus de points et coûte moins cher que par voie fémorale.

M. François Goulard, *rapporteur pour avis*. C'est vrai !

M. Jean-Luc Prél. Quel est l'intérêt du malade ? Quel est celui de l'établissement ? Quelle décision prendre lorsque les intérêts divergent, monsieur le ministre ? C'est une vraie interrogation. Quand on voit le temps qu'il a fallu pour modifier la nomenclature, nous risquons, faute d'une grande réactivité, d'être confrontés demain à des problèmes majeurs.

M. François Goulard, *rapporteur pour avis*. Très bonne remarque !

M. Jean-Luc Préel. Reste enfin, dernière remarque, le problème de l'AP-HP, qui est actuellement en dehors de la réforme. La commission a rejeté un amendement la concernant. Je suis de ceux qui, depuis l'origine, bien qu'étant un enfant de l'AP...

M. François Goulard, rapporteur pour avis. De la paix ? Je croyais que vous étiez un enfant de la guerre ! (*Rires.*)

M. Jean-Luc Préel. ... demande que l'AP-HP entre dans le droit commun, et en particulier qu'elle soit soumise, comme les autres établissements de France, aux ARH. Toutefois, sa taille pose un réel problème. Aussi, je suis partisan de la diviser en sept ou huit établissements...

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Très juste !

M. Jean-Luc Préel. ... dotés d'une réelle autonomie, et donc d'une responsabilité suffisante pour être plus réactifs.

Voilà, monsieur le ministre, ce que je voulais vous dire sur cette réforme de la tarification. Je l'approuve dans son principe, mais je souhaiterais obtenir des réponses à ces questions pour ne pas avoir à les reposer lors de l'examen de l'article 20.

M. le président. Vous vous êtes engagé à ne pas intervenir sur l'article 20.

M. Jean-Luc Préel. Si je n'obtiens pas de réponse à mes questions, je demanderai à intervenir de nouveau ! (*Sourires.*)

M. le président. Ce n'est pas honnête, monsieur Préel, car vous avez largement utilisé le temps imparti pour intervenir à la fois sur l'article 19 et sur l'article 20.

M. Maxime Gremetz. Soyez tolérant avec l'opposition, monsieur le président ! (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. J'ai déjà eu l'occasion d'intervenir sur la tarification à l'activité lorsque j'ai défendu l'exception d'irrecevabilité. Je n'y reviendrai que sur quelques points, afin de préciser la philosophie de nos amendements sur le sujet, ce qui me permettra de ne pas intervenir longuement au moment où ils seront appelés.

Je crois moi aussi que la réforme des modalités de financement de nos établissements de santé, publics et privés, est absolument nécessaire. Le budget global, instauré en 1984, a sans doute permis de limiter la progression des dépenses, de même que l'objectif quantifié national pour les cliniques privées, mis en place en 1991, a sans doute aussi permis la restructuration de l'hospitalisation privée.

Toutefois, ces modes d'allocation de budget ne sont pas sans effets pervers, dans la mesure où ils financent la reconduction des besoins d'un établissement sans tenir compte de la réalité de son activité. Aussi, voilà quelques années déjà, il est apparu nécessaire de trouver une modalité d'allocation de recettes qui tienne compte de cette réalité. D'où l'idée qui a germé en 1991 d'expérimenter une tarification à la pathologie.

Pour ce qui est du terme que vous avez retenu, je n'entrerai pas dans une querelle sémantique car les établissements de soins ne font pas que du traitement de pathologies. Je suis donc d'accord avec le principe de la mise en place de la tarification à l'activité.

Cela étant, il n'existe pas de modalité de financement idéale, dépourvue d'effets pervers. Il est vrai qu'assurer les recettes des établissements de santé sur la base de leur

activité laisse aux établissements la possibilité de jouer sur la variable d'ajustement que peut constituer le choix d'opérer tel ou tel malade. C'est malheureusement déjà le cas aujourd'hui, où l'on voit des établissements reporter des interventions au motif de ne pas trop plomber le budget global avant la fin de l'exercice. Il y a donc déjà des effets pervers. Veillons à ce que la mise en place de la tarification à l'activité ne les amplifie pas.

Il faut bien mesurer les difficultés que peut créer la mise en place d'une telle réforme, à laquelle nous sommes favorables, je l'ai dit. Un échec ne manquerait pas de reporter pour bien longtemps la perspective que les établissements de santé puissent disposer de moyens permettant de réguler leur financement. Cela implique que la procédure de transition, notamment le mécanisme de régulation, s'étale dans le temps et fasse l'objet d'une évaluation. Cela implique aussi que la perspective d'un tarif unique public-privé que vous annoncez dans l'exposé des motifs, mais qui n'est pas inscrite dans le texte, ne soit pas un objectif à atteindre dès aujourd'hui : il me paraît nécessaire de maintenir deux tarifs.

Par ailleurs, il convient de préciser la notion de mission d'intérêt général et celle d'activité contractualisée, qui sont trop floues pour être acceptées en l'état. Selon moi, les missions de service public doivent être dévolues aux établissements publics, aux établissements participant au service public et aux établissements privés qui ont une concession de service public. Quant aux activités contractualisées dans le cadre des conventions d'objectifs et de moyens, je considère qu'elles peuvent être partagées entre établissements publics et établissements privés.

Pour ce qui est de la mise en place de cette réforme en 2004, elle nécessitera la publication d'un nombre impressionnant de décrets. Je ne doute pas de votre volonté d'aller vite, monsieur le ministre, mais avez-vous fixé un calendrier ?

Par ailleurs, vous n'ignorez pas l'insuffisante préparation des établissements hospitaliers, notamment en ce qui concerne la comptabilité analytique. Je sais que vous considérez qu'on peut mettre en place la tarification à l'activité sans lien direct avec la classification commune des actes médicaux, la CCAM, mais il est tout de même nécessaire de clarifier les éléments d'articulation en la matière.

Enfin, cette réforme profonde, qui fait l'objet de pas moins de douze articles dans ce texte, est assez complexe. Elle nécessitera donc la formation de personnels, de cadres, aussi bien dans les établissements que dans l'administration ou les ARH. Pouvez-vous nous indiquer, monsieur le ministre, les moyens concrets que vous comptez mobiliser pour mettre en place la réforme de la tarification à l'activité dès les premiers mois de l'année 2004 ?

M. le président. La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Avec l'article 19 et toute une série d'articles qui le suivent, nous sommes au cœur du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Maxime Gremetz. Encore un cœur ! Cela finit par faire beaucoup.

M. Yves Bur. Ces articles sont en effet relatifs à la mise en place d'une réforme structurante, sur laquelle nous sommes amenés à nous prononcer.

Une telle réforme, cela a été dit, permettra de tourner la page de la dotation globale, qui a fait son temps – je crois qu'il y a unanimité sur ce point. Du fait de la réforme, l'acheteur public qu'est l'assurance maladie

paiera les traitements prodigués en milieu hospitalier selon un tarif qui, à terme, devra pouvoir être appliqué à l'ensemble des établissements, qu'ils soient publics ou privés. Dans la phase transitoire, une part grandissante des ressources du secteur public proviendra justement de cette tarification à l'activité.

Nous ne pouvons donc que saluer la mise en place d'une réforme qui aura tout de même mis plus de dix ans à se concrétiser. Nous touchons là à l'une des spécificités françaises, c'est-à-dire notre incapacité à formaliser rapidement des réformes structurantes, que ce soit pour l'hôpital ou pour la médecine de ville. Ainsi, nous parlons depuis de nombreuses années du codage des pathologies et des actes pour la médecine de ville, mais nous ne voyons encore rien arriver. Je crois qu'il faudra que nous nous penchions sur ce sujet dans le cadre de la modernisation de notre système de santé.

Deux remarques cependant : la première sur la généralisation. Comment peut-on affirmer dès aujourd'hui que cette réforme sera généralisée à partir de mai 2004 alors que si, j'en crois ce qui s'est passé dans un établissement ayant participé à l'expérimentation pilote, les référentiels ne sont pas encore totalement arrêtés et les logiciels ne sont pas encore au point ? A l'évidence, il faudra que les établissements pilotes, qui n'ont pas encore sorti leur première facture, disposent de temps pour « déboguer » l'ensemble du système. C'est la raison pour laquelle nous proposons de retarder la mise en œuvre de la généralisation à l'automne 2004.

Ma deuxième remarque porte sur le délai de convergence. Aujourd'hui, l'hôpital public n'est pas près d'entrer de plain-pied dans cette réforme. Il est tout à fait normal qu'il y ait un délai d'accoutumance à la révolution culturelle que représente pour lui la réforme de la tarification. Néanmoins, proposer aujourd'hui une convergence à l'horizon 2014 nous paraît excessif. Je peux vous dire que même les praticiens hospitaliers, qui, actuellement, discutent de cette réforme, tout en étant bien conscients, qu'elle va bousculer leurs habitudes – ce qui n'est pas sans susciter une légitime inquiétude –, considèrent que ce délai trop lointain risque de porter atteinte à l'intérêt général de l'hôpital public. De même, les cliniques privées s'inquiètent de leur côté de voir que la mise en place de la tarification à l'activité dans leur secteur sera peut-être finalement amputée par la persistance du budget global pour une partie de l'activité de l'hôpital public. Nous souhaitons donc que ce délai soit raccourci. J'ai ainsi présenté un amendement visant à le ramener à l'horizon 2010.

Enfin, monsieur le ministre, il nous semble que la révolution culturelle que constitue la réforme de la tarification, complément du volet investissement du plan Hôpital 2007, devra impérativement être rapidement complétée par la réforme de la gouvernance. Rappelons à cet égard que la mission Couanau, à laquelle plusieurs d'entre nous ont participé, a conclu qu'il fallait aménager les conditions d'organisation de l'hôpital, afin de libérer les énergies et les talents, d'aménager une véritable évaluation et de reconnaître les compétences et les dévouements.

Naturellement, cette révolution culturelle...

M. Maxime Gremetz. Vive Mao ! (*Rires*)

M. Yves Bur. ... suscite, ici ou là, des réticences considérables. Du reste, le SNCH a considéré que cette réforme était, à la limite, méprisable parce qu'elle avait une approche beaucoup trop politicienne et que l'hôpital « a besoin d'être géré et non pas manipulé au profit d'in-

térêts qui ne sont pas ceux de la santé des patients ». Ce genre de réaction montre combien sera long le chemin pour accomplir cette révolution culturelle.

Une telle gouvernance est indispensable car l'hôpital a besoin d'être mieux géré. Je n'en veux comme seul exemple que l'application en dépit du bon sens de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux. On a manqué une occasion de réorganiser l'hôpital. Il ne faudra pas que cela se reproduise à l'avenir. Du reste, la réduction du temps de travail a été imposée sans négociations.

M. Claude Evin. Si, il y a eu des négociations !

M. Yves Bur. Et si elle a certes conduit les hôpitaux à augmenter leurs effectifs, cela s'est fait là où il était plus facile de recruter, c'est-à-dire au niveau administratif, mais pas là où les besoins étaient les plus pressants. Ainsi, le CHU de Strasbourg a augmenté le nombre de ses effectifs administratifs de 8,2 % entre 1997 et 2002, mais pas celui de ses effectifs paramédicaux, qui a même baissé. Autrement dit, on a préféré embaucher des secrétaires plutôt que du personnel soignant. Voilà le résultat d'une mauvaise gestion. Il est temps que la gouvernance de l'hôpital soit améliorée pour que ce genre de résultat ne se reproduise plus.

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Pour une fois, je suis d'accord : il s'agit bien, avec cette réforme, du cœur du débat. Il a déjà été dit deux ou trois fois que nous étions au cœur du débat, mais, à mon avis, il ne peut y avoir qu'un seul cœur.

M. Jean-Luc Prél. La Vendée a bien deux cœurs !

M. Maxime Gremetz. Vous pouvez constater, monsieur le président, que je suis interrompu. Je vais être un peu plus long que prévu.

M. Jean-Marie Le Guen. Ce n'est pas une menace pour nous, monsieur Gremetz, c'est même une perspective séduisante.

M. le président. Poursuivez, monsieur Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Les articles 19 et suivants ont pour objectif de mettre en place une nouvelle forme de tarification des établissements de santé. Ce nouveau mode de tarification aura pour conséquence, selon nous – mais pas seulement selon nous, puisque tous les spécialistes de la santé que nous avons rencontrés le pensent aussi, comme l'ont rappelé Mme Jacquaint et Mme Fraysse – d'organiser le rationnement et la pénurie d'offres de soins, plus particulièrement dans les hôpitaux publics, afin de limiter le niveau des dépenses de santé. Nous aurons l'occasion d'y revenir avec des amendements, sur lesquels, évidemment, s'agissant du cœur d'une réforme de longue durée et de modifications tout à fait essentielles, nous demanderons des scrutins publics, car cette réforme marquera l'Histoire.

M. Jean-Luc Prél. Ah !

M. Maxime Gremetz. Ce n'est pas nous qui marquons l'Histoire, ni vous, monsieur Prél, mais les décisions qui seront prises.

M. Jean-Luc Prél. J'ai cru que c'étaient les scrutins publics qui allaient marquer l'Histoire ! (*Sourires*)

M. Maxime Gremetz. Compte tenu des conséquences néfastes pour notre système hospitalier et de santé en général, et public en particulier, pourquoi vouloir appli-

quer la tarification à l'activité ? Tout simplement pour répondre à l'objectif de responsabilisation – mais ne devrait-on pas plutôt dire de culpabilisation ? – des assurés sociaux, que vous vous êtes fixé dès votre entrée en fonction, afin de relayer autant que faire se peut le projet du MEDEF.

N'est-ce pas vous, monsieur le ministre, qui avez repris les objectifs du patronat en déclarant que la « nouvelle politique à définir est une politique qui responsabilise toutes les parties prenantes » ? Or que signifie « la responsabilisation des parties prenantes » ?

Pour répondre à cette question, il faut revenir sur un document intéressant – même s'il est passé un peu inaperçu – du MEDEF, document qui vous sert de livre de chevet et qui s'intitule *Pour une nouvelle architecture de la sécurité sociale*. Dans ce document, le MEDEF affirme d'emblée que l'augmentation des dépenses « rend nécessaire une distinction claire entre les charges assumées par la collectivité et les charges qui relèvent de la responsabilité individuelle ». Cette option permettrait alors aisément d'introduire l'idée d'un « panier de soins » remboursable à 100 % par l'assurance maladie et de renvoyer vers les assurances complémentaires de santé tous les autres soins ! D'ailleurs, les complémentaires de santé et les assurances sont prêtes. M. Bébéar est très attentif à ce qui peut se passer, car il s'agit d'un formidable marché !

C'est bien cette idée d'un panier de soins que vous tentez de mettre en application, y compris au travers de la tarification à l'activité des établissements de santé. N'est-ce pas vous qui déclariez, dès votre arrivée au ministère, que la croissance des dépenses de santé dans le budget des ménages est inéluctable et qu'il faudrait en tenir compte en distinguant les dépenses légitimes de l'assurance maladie de celles qui ne le sont pas, et qui devront alors être à la charge individuelle des assurés sociaux ? C'est bien l'une de vos déclarations, monsieur le ministre. Vous êtes à pied d'œuvre aujourd'hui pour mettre en application vos déclarations. Comment ne pas voir la perspective désastreuse pour les patients qu'en trouve la tarification à l'activité appliquée avec un tel état d'esprit ?

En réduisant l'offre de soins des hôpitaux, non seulement vous condamnez les usagers à la pénurie, mais, de plus, vous les encouragez à se retourner vers la sphère privée pour assurer les soins qui ne pourraient être assumés par le système public de soins. Vous organisez la sélection des patients en fonction de leurs pathologies et de leurs revenus : ceux qui auront les moyens de recourir à une prise en charge complète de leur pathologie bénéficieront des meilleurs soins, les autres devront se contenter des restes.

Il s'agit donc là, bel et bien, d'une rupture avec un mouvement séculaire de prise en charge collective des risques encourus par les individus. Comme vous l'avez dit, et comme le Premier ministre l'a dit également, il s'agit de faire la différence entre les petits soins et les soins lourds.

Au cours de la deuxième moitié du XIX^e siècle, une prise de conscience a eu lieu : on s'est rendu compte que la société industrielle est intrinsèquement une société du risque. Cela signifie qu'accidents de travail, maladies et pertes d'emploi ne sont pas considérés comme directement liés à une prétendue infirmité de l'individu qui en est victime : ils sont plutôt perçus comme des aléas de la vie sociale. Dès lors, prévenir et réparer la réalisation de ces risques doit relever non pas de la sphère privée, mais de la sphère politique et de la société.

Songez aux débats qui ont eu lieu et qui ont encore lieu à ce sujet dans cet hémicycle...

M. le président. Veuillez conclure, mon cher collègue !

M. Maxime Gremetz. Je termine, monsieur le président.

Vous prétendez, mesdames, messieurs, agir pour simplifier la vie des Français mais, tels des peintres naïfs, par petites touches successives, vous défigurez notre système de protection sociale et portez sérieusement atteinte au pacte républicain. C'est ce que vous voulez faire, mais ce n'est pas encore fait, croyez-moi.

Si, en apparence, vous ne remettez pas en cause le fait que nous vivions dans une société du risque, il n'en reste pas moins qu'avec vous, demain, la possibilité de se protéger qu'auront les individus sera conditionnée à leur plus au moins grande solvabilité. C'est ce que nous refusons et c'est ce que nous allons continuer de refuser, avec des millions de Françaises et de Français, attachés à l'hôpital public, qu'il faut doter de moyens, moderniser et rendre capable de dispenser des soins de qualité.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur le ministre, si ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ne contient pas de véritable ambition pour la réforme – nous l'avons suffisamment regretté –, il touche à un certain nombre de sujets. Mais ne nous y trompons pas : ce qui est en cause, avant la réforme de l'assurance maladie, c'est bien la réforme de notre système de santé.

Ce matin, sur la question du médicament, il m'a semblé percevoir des points de convergence importants, qu'il faudra concrétiser.

L'hôpital est au cœur des besoins de santé des Français, il emploie un nombre considérable de professionnels de santé et pèse lourdement sur les dépenses de l'assurance maladie.

La réforme de l'hôpital comporte plusieurs volets.

En ce qui concerne, d'abord, la gouvernance, j'ai rappelé mardi qu'ici même, à la suite du rapport de notre collègue Couanau, nous avions fait plusieurs propositions, dont nous attendons la mise en œuvre.

En matière d'investissement, le plan Hôpital 2007 prévoit un certain nombre de mesures. Toutes ne nous satisfont pas, mais elles ont le mérite d'exister.

S'agissant de la qualité, vous vous êtes exprimé, mais nous avons souhaité faire des propositions précises, sur lesquelles la discussion reste ouverte.

Quant à la tarification à l'activité, je voudrais dire de la façon la plus claire qu'elle est une nécessité fondamentale pour l'hôpital public. Si l'on continue à gérer l'hôpital public par le biais de la dotation globale, celui-ci s'ankylosera plus encore car on ne pourra donner la priorité aux établissements qui font avancer par la qualité et leur efficacité le service public : les établissements qui n'avancent pas ou qui n'ont plus de raisons d'exister seront à égalité avec les autres.

La tarification à l'activité est donc fondamentalement utile. Nous avons proposé le PMSI, qui a été mis en œuvre sans doute avec un peu de retard, mais les échéances politiques sont ce qu'elles sont.

En outre, des problèmes techniques se sont posés car il s'agit d'une révolution intellectuelle qui devait intervenir au sein même du corps médical et de l'ensemble des personnels administratifs.

On a mis un certain temps à appliquer le PMSI mais on y est arrivé.

Deux points nous différencient fortement. Cela dit ils seront peut-être, dans les mois qui viennent, de nature à nous rapprocher.

Premier point : l'hôpital public ne peut pas attendre dix ans avant la mise en œuvre de la tarification à l'activité. En affirmant cela, je rejoins M. Bur mais je m'écarte pas certaines des préoccupations qu'il a exprimées.

Il faut aller vite. Nous aurons cependant besoin d'une clarification absolue, d'une part parce que nous ne serons pas d'accord, ce qui ne sera pas le plus grave, d'autre part parce que cette réforme ne se fera pas sans l'adhésion des personnels du service public. Il faut renoncer à l'idée que la tarification à l'activité a pour ambition de faire converger le public et le privé, non seulement en termes de dispositions pratiques – de ce point de vue, l'enveloppe des MIGAC, les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, est un élément mais il n'est pas, sur le plan de la finalité, suffisant.

La convergence a deux objets.

Un objet idéologique en premier lieu : privatiser à terme le public, ou certaines parties du public. A cet égard, je ne ferai de procès d'intention à personne car il faut reconnaître la réalité : si les modes de financement sont identiques, il est évident que le passage de l'un à l'autre sera évidemment facilité. Mais sur ce point nous ne sommes pas d'accord, et vous l'avez bien compris.

Second objet : essayer de réguler le public grâce à une certaine forme de productivité, celle du privé, qui serait meilleure. C'est la théorie de la contrainte externe.

Je ne crois pas un instant à cette possibilité car nous n'obtiendrons jamais, quoi qu'on en dise, de convergence économique réelle entre le public et le privé. Quand bien même aurait-on mis à l'intérieur des MIGAC tous les éléments possibles – recherche, formation, permanence des soins et tous les autres critères que l'on pourrait retenir –, le public et le privé ne fonctionneraient jamais de la même façon car, en matière d'hospitalisation, leurs philosophies sont forcément différentes, bien que complémentaires. Pour ma part, je ne nie pas la nécessité du privé, mais on ne peut confondre le public et le privé : leurs logiques ne sont pas du tout les mêmes. Le secteur privé qui existe en France, plus que dans bien d'autres pays d'ailleurs, et le secteur public sont complémentaires, mais ils ne sont pas convergents. De ce fait, ils ne peuvent pas, même pour des raisons simplement économiques, être rapprochés.

Si l'on n'apporte pas toutes les garanties de cette non-convergence, les blocages psychologiques et sociaux empêcheront la réforme de se faire.

Monsieur le ministre, vous savez qu'il ne suffit pas de voter un article de loi pour qu'une réforme de cette ampleur soit mise en œuvre car nous parlons là de choses précises et très concrètes, d'une véritable ambition pour faire évoluer l'hôpital public.

J'en arrive au second point de divergence que je voulais évoquer.

Votre plan suppose l'acceptation, au niveau tant des établissements que des personnels, de toute une problématique de reconversion ou d'évolution des carrières. Or, par rapport à ce qui se passe dans d'autres secteurs économiques, nous avons une chance extraordinaire : nous manquons tellement de personnels de santé que nous sommes absolument convaincus qu'il sera possible de trouver non seulement des emplois, mais des emplois plus

qualifiés, mieux rémunérés et plus satisfaisants pour chacun des personnels du service public. C'est une grande chance eu égard aux difficultés réelles que nous connaissons pour faire évoluer la structure de l'hôpital public.

M. le président. Monsieur Le Guen, je vous invite à conclure !

M. Jean-Marie Le Guen. Monsieur le président, dans la suite de la discussion, je n'interviendrai que pour mémoire, ou très brièvement.

M. le président. Les autres orateurs ont aussi dépassé leur temps de parole, mais raisonnablement !

M. Jean-Marie Le Guen. Je vais conclure, monsieur le président.

Il faudra donc conduire une véritable politique de l'emploi des personnels de santé de l'hôpital public, qui devra être contractualisée d'une façon très objective avec l'ensemble de ces personnels. Ce pilier supplémentaire est indispensable pour la réforme de l'hôpital public.

On voit donc bien que, en matière de réforme hospitalière, ce sont plus que des nuances qui nous séparent : il s'agit de véritables points de rupture.

Si les garanties que je viens d'évoquer ne sont pas clairement perçues par le personnel hospitalier, depuis les plus humbles des contractuels jusqu'aux plus hauts responsables de l'hôpital public, il n'y aura pas d'adhésion, il n'y aura pas de réforme : il y aura un enlisement, une « administrativisation » – pardonnez-moi ce néologisme – de l'hôpital, qui perdra sa capacité d'attirer et de promouvoir l'excellence, comme celle de dispenser des soins de qualité et d'assurer une humanité des soins. Ce sera la qualité de notre système et son accessibilité qui sera ainsi profondément remises en cause.

M. le président. Chacun des intervenants a largement dépassé les cinq minutes qui lui étaient imparties.

Je considère que l'article 19 est un article très important, qui a donné lieu à une minidiscussion générale. Le rapporteur pour avis et le Gouvernement vont s'exprimer à leur tour. Je souhaite que, lors de l'examen des amendements, on fasse un effort de concision, d'autant plus que chaque groupe a déjà pu, parfois en plusieurs occasions, exprimer clairement sa position.

La parole est à M. le rapporteur pour avis.

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Que ce soit pour critiquer ou pour approuver, les réactions des uns et des autres montrent qu'il s'agit d'une réforme fondamentale.

Le groupe communiste refuse bien sûr toute modification de l'existant, ce qui est assez habituel. Quant au groupe socialiste, sa position est assez intéressante. Cette position, défendue notamment par M. Le Guen, consiste – qu'il me pardonne si je verse dans la caricature – à dire que les dispositions devront s'appliquer, mais pas de la même façon dans le public et dans le privé, ce qui est plutôt singulier.

M. Jean-Marie Le Guen. Il n'y a pas de caricature : c'est exactement cela !

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Je pense au contraire que l'une des vertus de la réforme sera d'apporter de la lumière, de faire apparaître des éléments objectifs de la même façon quel que soit l'établissement, qu'il soit public ou privé. Cela devrait également permettre d'établir au sein même du secteur public des comparaisons, qui pourront être très éclairantes.

Il est vrai que la mise en œuvre de la réforme, et je souscris pleinement sur ce point aux propos de M. Préel, sera suspendue à un certain nombre de conditions. Il faudra notamment que l'administration dans son ensemble adapte la nomenclature au plus près de la réalité des actes médicaux. Si cette condition n'est pas remplie, nous retomberons, si j'ose dire, dans une conception administrative des budgets hospitaliers, dont il faut absolument sortir.

M. Bur a raison de dire que dix ans, c'est très long. Mais je crois que nous connaissons l'épreuve de vérité avant dix ans : dès la première ou la deuxième année, des différences sensibles entre les établissements apparaîtront, certains appelant des moyens nouveaux du fait de leur activité, et d'autres une réduction des leurs parce que l'activité ne sera pas au rendez-vous. Il sera facile de dire aux uns qu'ils auront droit à de nouveaux moyens, mais serons-nous capables de faire comprendre aux autres qu'ils devront adapter les leurs aux budgets qui leur seront attribués ? Nous verrons alors si notre résolution est suffisante pour appliquer la réforme, qui est une réforme de modernité et un outil puissant permettant de faire évoluer l'hôpital dans son ensemble.

L'avenir de notre système de soins et de notre assurance maladie se jouera probablement sur la mise en œuvre de la réforme que nous allons adopter.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le président, je souhaite répondre de la tribune à l'ensemble des intervenants, ce qui me permettra par la suite d'être plus concis.

La dotation globale date, comme l'a dit M. Evin, de 1984. Elle a eu probablement une vertu, celle de rappeler aux hôpitaux que l'on ne pouvait pas laisser aller les comptes et, à partir du mois de septembre, demander des rallonges, puis d'autres encore, de manière irresponsable.

La dotation globale a donc été utile, mais elle a eu des effets pervers au fil des ans.

Madame Fraysse, vous critiquez la tarification à l'activité. Mais aujourd'hui nous ne pouvons plus accepter les dotations globales, qui ne prennent pas suffisamment en compte l'évolution des hôpitaux, les uns allant vers plus d'initiative, les autres vers plus d'immobilisme. Cette situation, et je m'en suis mieux rendu compte depuis un an et demi, a conduit certains établissements à être « au large » dans des enveloppes globales ne correspondant plus à leur activité qui s'était un peu réduite, et d'autres, qui allaient de l'avant et qui essayaient de mettre en place des techniques innovantes, à ne plus pouvoir assumer leurs choix à cause d'enveloppes globales contraignantes.

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne défends pas les enveloppes globales !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Après avoir observé ce qui se fait un peu partout dans le monde, je ne vois pas d'autre alternative : soit l'enveloppe globale soit la tarification à l'activité.

D'ailleurs, il me semble bien, monsieur Evin, que, lors de la discussion de la loi hospitalière de 1991 – j'étais alors député –, j'avais longuement argumenté sur ce sujet que vous aviez vous-même évoqué.

M. Claude Evin. En effet !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Mais, comme pour l'amendement « liberté », qui fonde la réforme de la gouvernance que nous souhaitons, vous aviez le tort d'avoir raison trop tôt, comme c'est souvent le cas.

M. Claude Evin. Merci de reconnaître que j'avais raison trop tôt !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur Evin, vous m'avez dit un jour que vous aviez eu le tort de tout faire trop tôt !

M. Claude Evin. C'était pour autre chose !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Peut-être. Mais les problèmes que vous aviez évoqués à cette époque étaient les véritables problèmes. Ils se sont d'ailleurs aggravés au fil du temps. Ma conviction et, je l'espère, la vôtre est qu'il nous faut aujourd'hui franchir le pas.

M. Claude Evin. Absolument !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Cela étant, je concède bien volontiers que l'on ne puisse considérer que le système proposé soit idéal et qu'il représente la solution rêvée : tout système, y compris celui de la tarification à l'activité, connaîtra des difficultés et induira des effets pervers. Il faudra au fil du temps régler, recadrer et accompagner. C'est l'évidence.

Je ne pense pas non plus qu'il faille reprocher aux responsables hospitaliers, gestionnaires ou soignants, leur attitude face à ce qui est un changement d'habitudes, parfois longues : il est bien normal que cela entraîne une inquiétude dont il faut aussi tenir compte.

Vous m'avez interrogé hier sur les résultats de l'expérimentation que nous avions décidée l'année dernière, en vous plaignant de ne pas disposer de résultat. Mais nous avons déjà franchi le pas.

Nous avons accompli deux types d'opérations. D'abord une opération de simulation, qui a concerné 488 établissements. Au terme de cette simulation, 389 s'avèrent gagnants et 179 perdants par rapport à leur budget actuel.

Ensuite, nous nous sommes livrés à soixante expérimentations. Trente établissements sont gagnants, trente sont perdants, sans qu'il y ait de critère de distinction – public ou privé, gros ou petit. Ainsi, sur vingt-quatre CHU, treize sont gagnants, les autres sont perdants.

Cela promet des surprises, quelquefois désagréables, et c'est la raison pour laquelle nous avons envisagé de prolonger les délais en ce qui concerne le public. Je vois bien en effet que certains maires – il y en a dans cet hémicycle – présidents de droit du conseil d'administration de leur hôpital risqueraient d'être confrontés à d'insurmontables difficultés de gestion si le budget de l'hôpital subissait une perte importante.

M. Yves Bur. En effet !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. C'est la raison pour laquelle nous avons choisi d'agir progressivement de façon que la réforme ait en même temps une vertu pédagogique.

Vous m'avez posé une série de questions assez précises, et je vais tenter d'y répondre une fois pour toutes à ce stade du débat.

La première concerne la péréquation. C'est, je crois, M. Préel qui s'est inquiété de ce que la suppression de la péréquation risque d'entraîner la réapparition des inégalités.

Je vous rappelle qu'en 2002 la Cour des comptes avait démontré l'inéquité du système actuel de péréquation interrégionale, fondé sur des valeurs hétérogènes et peu efficaces. Il est vrai que, malgré la péréquation, les établissements sous-dotés n'ont pas réellement vu leur situation s'améliorer au fil du temps.

En revanche, la péréquation qui consiste à mieux rémunérer, non pas les régions mais les établissements qui ont les coûts les plus faibles, se trouvera accrue avec la tarification à l'activité, qui concerne directement les établissements. Ainsi, ceux qui sont aujourd'hui sous-dotés au regard de leur activité retrouveront grâce à elle des budgets beaucoup plus satisfaisants.

Vous avez également évoqué la nécessité d'une régulation unique pour le public comme pour le privé, selon le principe : à mode de financement identique, régulation identique. Nous adhérons au principe, mais en gardant à l'esprit deux préoccupations, l'équité et la transparence.

L'équité lorsqu'il s'agit de réguler indépendamment le secteur public pour toutes les dépenses qui sont financées par des enveloppes limitatives. C'est ce qu'on a appelé l'enveloppe MIGAC, consacrée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, qui comporte un forfait annuel.

La transparence, car vous le savez tous, il s'agit d'assurer le fongibilité des crédits entre secteur public et secteur privé avec des activités financées de la même manière.

A été évoquée également – toujours par M. Préel, je crois la question du rebasage. Il est vrai que les reports de charges dans les hôpitaux constituent une réalité floue en l'absence d'un régime comptable et financier qui assure la sincérité des comptes. La réponse des gouvernements successifs en la matière a toujours été d'abonder les budgets hospitaliers, afin de gommer les imperfections de la dotation globale, ce qui revenait de fait à donner une prime à la gestion approximative.

Ce n'est pas normal et on ne peut pas continuer ainsi. La réponse par la tarification à l'activité pourrait être une réponse structurelle aux défauts constatés, car elle bénéficiera aux hôpitaux les plus dynamiques et les mieux gérés.

Vous avez évoqué ensuite la convergence tarifaire entre secteur public et secteur privé. Je pense, monsieur Le Guen, que nous avons là une divergence, et je suis plutôt de l'avis de M. Goulard. La convergence néanmoins n'est pas l'unicité. La convergence, c'est l'équité. A activité identique, tarif identique. Etablir cette convergence prendra probablement dix ans. Mais je crois que certains de vos amendements nous inciteront à aller plus vite. Je ne suis pas du tout fermé à une solution qui tendrait à raccourcir ce délai. En tout état de cause, cette convergence est nécessaire si on veut simplifier notre paysage sanitaire.

Je veux ajouter deux remarques. Les groupements de coopération sanitaire pourront réunir public et privé dans un même ensemble. On ne comprendrait pas que, dans ces conditions, les deux secteurs ne fonctionnent pas au même pas.

Deuxième point, vous avez insisté sur le caractère essentiel de la gouvernance. Je me tourne vers les uns et vers les autres : nous avons besoin de votre appui, comme nous avons besoin de relais à l'intérieur des hôpitaux pour expliquer qu'il nous faut réunir désormais les gestionnaires et les soignants.

Il faut comprendre que les hôpitaux doivent bénéficier d'une certaine liberté d'organisation et, qu'il faut pour cela, monsieur Le Guen, aller vers la contractualisation, que vous évoquiez hier : contractualisation externe entre

établissements et ARH ; contractualisation interne entre l'établissement et ses différents pôles d'activité, de façon que chacun puisse assumer ses responsabilités en toute connaissance de cause.

Enfin, monsieur Préel, vous demandez si la TAA ne serait pas le retour des lettres clés flottantes. Je veux vous rassurer sur ce point. Dans le cadre de la tarification à l'activité, la régulation des tarifs s'appliquera à plus de 700 tarifs différents, ce qui permet d'ajuster précisément, de manière pertinente, après concertation avec les fédérations professionnelles, les tarifs pour l'année suivante. Il ne s'agit donc pas d'une sanction aveugle et collective, mais d'une régulation partagée et ciblée.

Monsieur Evin, vous avez eu raison d'insister sur la nécessité de la formation. Je peux d'autre part vous rassurer quant au calendrier de publication des décrets et aux moyens mis en œuvre. Nous avons créé, il y a environ un an, la mission « tarification à l'activité » au ministère, dotée d'un budget de deux millions d'euros, et occupant huit personnes en équivalent temps plein. Elle bénéficie de l'appui de la direction de la recherche, des études et de l'évolution des statistiques, la DREES, de la direction de la sécurité sociale, la DSS, de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, la DHOS, des ARH et également de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'ATIH, sans compter trente correspondants en région. Cette mission a la charge d'assurer la communication sur le terrain, et d'accompagner le redéploiement et la formation sur place.

Pour ce qui est du calendrier de publication des décrets, un certain nombre de décrets sont déjà prêts, mais nous attendons que la loi soit votée pour commencer la concertation avec les organisations et avec les partenaires. Cela dit, sur la quinzaine de décrets prévus, tous ne sont pas nécessaires dès le 1^{er} janvier 2004. Ceux qui le sont seront prêts et publiés en temps utile. La mise en œuvre, notamment technique, est nécessairement progressive, vous le savez. Nous avons devant nous six à neuf mois pour rédiger l'ensemble des décrets et les publier.

Je veux enfin vous rassurer quant aux éventuels effets pervers de la tarification à l'activité. Il ne s'agira pas de sélectionner des patients, ni d'identifier le malade en fonction d'éléments socio-économiques. Le problème, aujourd'hui, nous le savons très bien, c'est qu'au regard de son budget global, tel établissement ne peut plus procéder, après le mois d'octobre, à tel type d'intervention et est obligé d'adresser le malade au secteur privé ou à un autre établissement.

Avec la TAA, l'hôpital sera financé en fonction de son volume d'activités, et de la gravité de l'état du patient. Les malades les plus lourds seront naturellement financés avec une enveloppe plus importante.

Voilà ce que je voulais vous dire. Là encore, s'il faut de la modestie, il faut également de la détermination. C'est une aventure de changer complètement le système, et vous avez bien voulu le reconnaître les uns et les autres. C'est un changement radical dans la gestion et le fonctionnement de nos hôpitaux, mais nous devons le faire, car l'immobilisme actuel est en train de tuer l'hôpital. La dotation globale ne peut rester la référence budgétaire. C'est dans cet esprit que nous devons examiner l'ensemble des articles de ce projet. J'espère, encore une fois, réunir le plus large consensus en faveur cette réforme, qui, je crois, est souhaitée par les uns et les autres. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Bravo !

M. le président. Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe des député-e-s-communistes et républicains ont présenté un amendement, n° 135, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 19. »

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'article 19 vise à définir le champ d'application de la tarification à l'activité. En effet, votre projet de loi restreint ce champ aux seules activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie. Les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités psychiatriques sont exclues de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, au motif, justifié, de l'impossibilité de les inclure dans le PMSI.

Outre le fait que vous reconnaissez ainsi l'inconsistance globale du PMSI, votre attitude à l'égard de ces activités est significative de l'intention réelle de votre projet. Loin d'offrir une réponse à la crise grave que connaît notre système hospitalier, ce projet ne constitue qu'un outil supplémentaire pour réduire coûte que coûte les dépenses de santé de la nation. Ainsi, vous réformez les modes de tarification des établissements de santé privés soumis à l'objectif quantifié national de dépenses en introduisant le principe d'un budget annuel, mais vous continuez d'imposer en contrepartie une logique d'encadrement des dépenses, au travers d'un tarif de prestations pour ces activités révisable en cours d'année selon le niveau de dépenses atteint en fonction de l'ONDAM. Vous laissez une marge de manœuvre à ces établissements privés en leur offrant la possibilité d'une définition conjointe avec l'Etat du niveau de ces tarifs. En revanche, vous demeurez intransigeant avec les établissements publics, que vous excluez de ces dispositions. Dès lors, il apparaît, monsieur le ministre, que votre ambition est avant tout de réduire le niveau des dépenses de santé.

En outre, la concurrence que vous organisez me semble clairement avoir pour objectif de privilégier les structures privées. Sur ce point, vos arguments ne nous ont pas convaincus. Comment peut-on mettre sur le même plan l'Hôpital américain de Neuilly et l'hôpital de Nanterre ?

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. La commission a rejeté l'amendement pour les mêmes motifs que pour l'amendement de suppression de l'article 18.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 135.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. MM. Préel, Jardé et Leteurtre ont présenté un amendement, n° 263, ainsi rédigé :

« Après la première phrase du deuxième alinéa du 1° du III de l'article 19, insérer la phrase suivante :

« Pour la détermination de cet objectif, il est tenu compte des évolutions relatives aux techniques médicales et au vieillissement de la population, ainsi que des priorités définies dans les programmes nationaux de santé publique. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Cet amendement a pour objet d'introduire des données d'ordre médical et épidémiologique dans le cadre de la détermination de l'objectif national de dépenses relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite, afin de médicaliser l'objectif quantifié national.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Je crois qu'il faut laisser de la marge de manœuvre au ministre. Les éléments mentionnés dans l'amendement seront intégrés à la réflexion, mais pourquoi se priver d'autres éléments monsieur Préel ?

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 263.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 48 et 264.

L'amendement 48 est présenté par M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, MM. Préel, Jardé et Leteurtre ; l'amendement 264 est présenté par MM. Préel, Jardé et Leteurtre.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Compléter la dernière phrase du dernier alinéa du 1° du III de l'article 19 par les mots : “ , notamment celles relatives aux conversions d'activité ”. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour soutenir l'amendement n° 48.

M. Jean-Luc Préel. Cet amendement, qui a été repris par la commission, demande que soient précisées les conversions d'activités qui doivent être prises en compte dans la détermination d'un objectif.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Avis favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 48 et 264.

(Ces amendements sont adoptés.)

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 49, ainsi rédigé :

« Dans le premier alinéa du II du texte proposé pour l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : “ mentionnées au I ”, substituer au mot : “ du ” les mots : “ de l'article ”. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 49.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 19, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 19, ainsi modifié, est adopté.)

Après l'article 19

M. le président. M. Door a présenté un amendement, n° 346, ainsi libellé :

« Après l'article 19, insérer l'article suivant :

« L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'utilisation de produits ou prestations fait appel à des soins pratiqués par des établissements de santé, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider de subordonner l'inscription sur la liste des conditions relatives à l'évaluation de ces produits ou prestations, aux modalités de délivrance des soins ou à la qualification ou à la compétence des praticiens des établissements de santé utilisant ces produits ou pratiquant ces prestations. La liste précise, le cas échéant, les modalités selon lesquelles le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation établit la liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ces produits ou prestations, au vu notamment des capacités hospitalières nécessaires pour répondre aux besoins de la population, ainsi que de l'implantation et de l'expérience pour les soins concernés des établissements de santé. »

La parole est à M. Jean-Louis Bernard, pour défendre cet amendement.

M. Jean-Louis Bernard. Je défendrai avec conviction cet amendement au nom de mon collègue Jean-Pierre Door, car c'est un amendement de bon sens. Il concerne l'autorisation qui pourrait être délivrée à des établissements publics et privés de délivrer des prestations et bénéficier ainsi du remboursement de l'assurance maladie. Il vise à substituer à une procédure lourde, complexe, centralisatrice, étatique, une procédure beaucoup plus souple, car reposant sur un fait régional.

Il s'agirait de donner habilitation aux ARH de définir les compétences des praticiens et des établissements publics ou privés pour délivrer certaines prestations. Si je prends l'exemple de l'implantation de défibrillateurs cardiaques, il me paraît, monsieur le ministre, plus pertinent de confier aux ARH plutôt qu'à de hauts fonctionnaires ou spécialistes parisiens la responsabilité de définir les critères de compétences en la matière.

Vous avez souhaité une contractualisation entre les ARH et les établissements publics ou privés. Je pense qu'il s'agit là d'un bon exemple, qui s'inscrit dans le droit fil de votre réforme.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet amendement n'a pas été examiné par la commission, mais j'y suis favorable à titre personnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je suis tout à fait favorable à cet amendement, qui répond à une difficulté réelle. Certains dispositifs, tels les défibrillateurs, par exemple, ne pouvaient être implantés que dans les hôpitaux publics, dans la mesure où ils entraient dans l'enveloppe globale, et ils ne pouvaient pas être implantés en clinique privée, ce qui était absolument invraisemblable. L'autorisation sera donc délivrée, mais au terme d'un agrément préalable et avec un cahier des charges qui vérifiera que les indications ne sont pas extensibles à l'infini. Si tout le monde respecte les termes du contrat, public et privé pourront, je crois, satisfaire à une égalité de pratique médicale.

M. Claude Evin. Monsieur le président, je demande la parole.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je vois que vous réagissez, monsieur Evin, donc je vais m'interrompre.

M. Claude Evin. Nous découvrons cet amendement. Quelle est l'articulation avec les schémas d'organisation sanitaire ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je vous donne l'exemple d'une clinique privée ou d'un hôpital public, doté d'un service de cardiologie avancée, qui demanderait l'autorisation d'implanter des défibrillateurs de nouvelle génération. Il contractualiserait alors avec l'ARH, et par contrats seraient fixés les termes de l'agrément, les termes de l'évaluation et, probablement, l'estimation du nombre d'appareils qui pourraient être installés dans l'année.

Même chose pour les stents de dernière génération : ce type de contractualisation permettrait au privé et au public d'avoir accès aux mêmes techniques, alors qu'actuellement beaucoup de spécialistes du secteur privé qui ne peuvent pas avoir accès à certaines techniques de pointes, tout simplement parce que ces technologies ne figurent pas à la nomenclature. Et il est bon qu'elles n'y figurent pas, car elles sont très onéreuses et ne doivent être en principe indiquées que dans un nombre restreint de cas.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 346.

(L'amendement est adopté.)

Article 20

M. le président. « Art. 20. - I. - A la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est créé une sous-section 3 ainsi rédigée :

« Sous-section 3

« Frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé

« Art. L. 162-22-6. - Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris les activités alternatives à la dialyse au centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements suivants :

« a) Les établissements publics de santé à l'exception des hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique et des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du même code ;

« b) Les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier ;

« c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 22 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

« d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux *b* et *c* ci-dessus ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de l'hospitalisation ;

« e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux *b*, *c* et *d* ci-dessus.

« Ce décret précise :

« 1^o Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

« 2^o Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

« 3^o Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

« Art. L. 162-22-7. – L'Etat fixe la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dispensés aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o du même article, sur présentation des factures ainsi que les conditions dans lesquelles ces spécialités pharmaceutiques et ces produits et prestations peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

« Bénéficient d'un remboursement intégral de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie les établissements qui ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations établi par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans des conditions définies par décret.

« Lorsque l'établissement adhérent ne respecte pas les stipulations de ce contrat et après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations, ce remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie et en tenant compte des manquements constatés.

« Les établissements qui n'ont pas adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations bénéficient d'un remboursement à hauteur de 70 % de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Dans tous les cas, la différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients.

« Art. L. 162-22-8. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, certaines activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique exercées par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6 et qui, par leur nature, nécessitent la mobilisation de moyens importants quel que soit le volume d'activité réalisé, peuvent bénéficier d'un financement conjoint sous la forme de tarifs de

prestations d'hospitalisation et d'un forfait annuel versé, dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-15. La liste de ces activités est fixée par décret.

« Art. L. 162-22-9. – I. – Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au *a* du 1^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Cet objectif prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant.

« II. – Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1^o à 3^o de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, ainsi que les changements de régime juridique et de financement de certains établissements ou services ou activités des établissements concernés. Pour les éléments mentionnés aux 1^o et 2^o du I du même article, il est également tenu compte de l'état provisoire des charges au titre des soins dispensés l'année précédente communiqué dans les conditions prévues au II de l'article L. 162-22-10. Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1^o du même article sont également déterminés à partir des données afférentes au coût relatif des prestations établis sur un échantillon représentatif d'établissements.

« Ce décret précise en outre les conditions dans lesquelles les tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7 peuvent être modifiés de manière à assurer le respect de l'objectif.

« Art. L. 162-22-10. – I. – Chaque année, l'Etat détermine au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9, d'une part, le montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre de la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges supportées par ces régimes. Il fixe également, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9 :

« 1^o Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

« 2^o Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

« 3^o Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des 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 prestations dans la zone considérée.

« Ces éléments prennent effet, à l'exception de ceux pris en application du II du présent article, à compter du 1^{er} mars de l'année en cours.

« II. - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges et la répartition de ce montant total par région, par établissement et, le cas échéant, par nature d'activité.

« Lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées pour le premier trimestre n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours, et après analyse des différents facteurs d'évolution des charges par activités médicales, l'Etat modifie les tarifs des prestations mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-6 et les tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7 de manière à garantir son respect dans les conditions prévues au I du présent article.

« III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« IV. - Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat.

« Art. L. 162-22-11. - Dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1^o de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3^o du même article, servent de base à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

« Art. L. 162-22-12. - L'Etat arrête le montant des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 de chaque établissement.

« Art. L. 162-22-13. - Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4^o du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions mentionnées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, à ceux relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en œuvre de

la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

« L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale et fixe le montant des dotations régionales et, le cas échéant, la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

« Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des missions d'intérêt général et des activités de soins dispensées à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation.

« Art. L. 162-22-14. - L'Etat fixe le montant annuel de la dotation de chaque établissement en fonction des missions d'intérêt général et des objectifs et orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de l'état d'avancement de leur réalisation. Ce montant est fixé dans le cadre d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22-6 ou, à défaut, dans le cadre d'un avenant à l'engagement contractuel spécifique mentionné à l'article L. 162-22-13.

« Les modalités de versement et de prise en charge de cette dotation ainsi que les modalités de répartition entre les régimes des sommes versées à ce titre par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées à l'article L. 162-22-15.

« Art. L. 162-22-15. - Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 sont versés par douzième par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

« La répartition des sommes versées au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 d'une part, et la répartition de celles versées aux établissements de santé privés mentionnés au d du même article d'autre part, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.

« Les modalités d'application de cet article sont précisées par un décret en Conseil d'Etat.

« Art. L. 162-22-16. - La part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les hôpitaux locaux mentionnés à l'article L. 6141-2 du code de la santé publique et les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du même code est financée par une dotation annuelle de financement dans les conditions prévues à l'article L. 174-1.

« *Art. L. 162-22-17.* – Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-2 de ce code, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements.

« *Art. L. 162-22-18.* – Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

« Cette sanction est prise par l'Etat à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique ou les médecins conseils des organismes d'assurance maladie mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique. Elle est notifiée à l'établissement.

« Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité ou une prestation en particulier, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de cette activité ou prestation, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité ou la prestation objet du contrôle.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

II. – A la section V du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du même code, il est créé, après l'article L. 162-22-18, une sous-section 4 comprenant les articles L. 162-24-1 à L. 162-30-1 ainsi intitulée :

« *Sous-section 4*

« *Dispositions diverses* »

Il n'y a plus d'orateur inscrit sur l'article 20...

Mme Muguette Jacquaint. Si !

M. le président. Madame Jacquaint ! Chacun s'est longuement exprimé sur l'article 19. Je vous demande d'être relativement brève parce que cela nous a « coûté » beaucoup de temps.

Mme Muguette Jacquaint. Je serai brève, mais enfin – le ministre l'a lui-même rappelé –, ces articles 19 et 20 sont des articles importants !

M. le président. C'est pour cela que nous avons eu un débat général d'environ une heure !

Mme Muguette Jacquaint. Je sais bien ! Mais nous avons le droit, monsieur le président, de ne pas être tout à fait convaincus par les arguments de M. le ministre.

M. le président. Vous avez la parole, madame Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Monsieur le ministre, vous nous dites qu'on passe de l'enveloppe globale au tarif à l'activité. Il est vrai que ça fait des années que nous disons – notamment notre collègue Jacqueline Fraysse –

combien les services hospitaliers et les hôpitaux manquaient de moyens du fait de cette enveloppe globale. Cela a été amplement démontré cet été.

Aujourd'hui, vous nous déclarez qu'il faut changer, et passer à la tarification à l'activité. Certes ! Monsieur le ministre, nous pourrions vous entendre si vous ne cherchiez pas constamment à restreindre les dépenses de santé. Or, comment parle-t-on aujourd'hui de l'hôpital ? En termes économiques ! Tout le monde le dit, et les professionnels aussi : il faut des résultats, de l'excellence, il faut aussi être rentable... C'est pratiquement le même discours que dans les entreprises : tout ce qui n'est pas rentable ou efficace doit être supprimé. Et les services publics en particulier ! Vous me permettez de douter des réponses que vous nous avez faites, monsieur le ministre, concernant l'hôpital public. Nos inquiétudes sont légitimes : ne risque-t-on pas de favoriser certaines cliniques ou certains centres privés au détriment du public, sous prétexte qu'ils seront plus rentables ?

Votre logique, monsieur le ministre, est financière, et elle exclut une démarche humaine soucieuse des besoins des malades. C'est pourquoi il m'a semblé important d'intervenir une nouvelle fois à l'occasion de l'article 20. Vous pouvez toujours essayer de nous convaincre qu'il y aura plus de moyens pour répondre en particulier aux besoins des hôpitaux, mais tant qu'on discutera la tarification à l'activité avec en toile de fond des réductions tout azimuts, vous n'y arriverez pas !

M. le président. Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe des député-e-s communistes et républicains ont présenté un amendement, n° 136, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 20. »

J'indique d'ores et déjà que, sur le vote de l'amendement n° 136, je suis saisi par le groupe des député-e-s communistes et républicains d'une demande de scrutin public.

Le scrutin est annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit d'une question centrale du texte. L'enjeu est extrêmement grave, et il faut qu'on puisse en parler, ...

M. Yves Bur. On l'a déjà fait !

Mme Jacqueline Fraysse. ... ne serait-ce que pour clarifier notre réflexion et aussi probablement, hélas ! prendre date.

La mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements de santé a pour objet d'asseoir l'allocation de leurs ressources sur la nature et le volume de leur activité. Selon les termes du rapport de M. Gilles, « l'activité sera mesurée grâce à une approche médicalisée et économique, utilisant la classification en groupes homogènes de maladie », qui « détermine un groupe homogène de séjour correspondant, qui lui-même définit un tarif forfaitaire de séjour qui comprend l'ensemble des dépenses nécessaires au traitement du patient pour un diagnostic donné ». Le groupe homogène de séjour a pour vocation à s'appliquer sur tout le territoire à n'importe quel établissement de santé. En théorie, pourquoi pas ? Mais, en pratique, c'est une autre affaire ! La concurrence incitera les établissements à optimiser leurs coûts. Seuls les établissements obtenant un coût de revient de leurs prestations inférieur au tarif national pourront dégager une marge bénéficiaire, et s'engager alors dans une politique

de développement. La finalité de ce nouveau mode de tarification est claire ! Nos deux philosophies s'opposent, on ne peut le nier. Il s'agit pour vous à la fois de poursuivre une politique de restriction des dépenses de santé, comme vient de le rappeler Mme Jacquaint, et de faire entrer l'économie, en tant que méthode de gestion, dans le fonctionnement de l'hôpital !

M. Yves Bur. Ce n'est pas une question d'économies, mais d'efficacité !

Mme Jacqueline Fraysse. Pourtant, pour expliquer l'augmentation des dépenses de santé, il y a des paramètres que vous ne prenez pas en compte. Si elles augmentent, ce n'est pas à cause de la surconsommation de soins, j'ai déjà eu l'occasion de le dire, mais plus simplement pour des raisons objectives, indépendamment de l'incidence des recettes. Avec l'allongement de la vie, la population vieillit, il faut la soigner davantage et plus longtemps, et le développement des techniques médicales modernes a un coût, effectivement, mais elles y constituent un progrès qui doit bénéficier à tous. Tout cela ne me paraît pas extraordinaire.

Quant à l'introduction d'une nouvelle philosophie et d'une nouvelle méthode de gestion, nous nous sommes beaucoup exprimés à leur sujet, je ne m'y attarderai pas. Nous considérons que cela va transformer la nature même de l'activité médicale des établissements de santé en calquant leur mode de gestion sur celui des entreprises privées.

Mme Muguette Jacquaint. Tout à fait !

Mme Jacqueline Fraysse. Ils deviendront des centres de profit qui chercheront à dégager des bénéfices en effectuant des choix de maximisation sous contrainte, comme disent les économistes. Pour toutes ces raisons, le principe même d'une tarification à l'activité nous paraît extrêmement dangereux. Je n'ose pas dire qu'il annonce, le naufrage de l'hôpital public, je n'irai pas jusque là, mais je me pose tout de même la question.

La méthode du budget global ne serait pas bonne. Nous l'avons d'ailleurs critiquée très fortement. Il faudrait revoir le système. Oui, sans aucun doute. Mais ce que vous nous proposez, monsieur le ministre, nous inquiète au plus haut point. N'oublions pas que c'est la tarification à l'activité qui est à l'origine de la chute du système britannique.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Pas du tout !

Mme Jacqueline Fraysse. Enfin, dernier point qui n'est pas un détail, le personnel. La nouvelle tarification va introduire une concurrence par les coûts entre hôpitaux publics et privés, ce qui aura une incidence directe sur les personnels et les conventions collectives. En effet, les dépenses de fonctionnement sont essentiellement des dépenses de personnel. La mise en concurrence entre établissements, voire entre services, risque dès lors de peser très lourdement sur les personnels de santé et sur les personnels administratifs alors que leur nombre insuffisant nuit déjà au respect de la convention collective de la santé. La systématisation de la logique que vous introduisez pèsera inéluctablement sur leur rémunération et leur qualité. En fin de compte, la concurrence par les coûts que vous instituez deviendra aussi un outil de discrimination et de précarisation des emplois du secteur de la santé. Tout cela nous préoccupe au plus haut point.

C'est pourquoi nous demandons la suppression de l'article 20.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet amendement a été rejeté par la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Nous allons maintenant procéder au scrutin qui a été annoncé dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Je vais donc mettre aux voix l'amendement n° 136 de Mme Fraysse.

Je rappelle que le vote est personnel et que chacun ne doit exprimer son vote que pour lui-même, et, le cas échéant, pour son délégant, les boîtiers ayant été couplés à cet effet.

Je vais vous laisser quelques instants pour regagner vos places.

M. le président. Le scrutin est ouvert.

M. le président. Le scrutin est clos.

Voici le résultat du scrutin :

| | |
|------------------------------------|----|
| Nombre de votants | 23 |
| Nombre de suffrages exprimés | 23 |
| Majorité absolue | 12 |
| Pour l'adoption | 4 |
| Contre | 19 |

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 50, ainsi rédigé :

« Dans le c) du texte proposé pour l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, substituer à la référence : "article 22" la référence : "article 25". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, rapporteur. Amendement rédactionnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 50. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 51, ainsi libellé :

« Après le mot : "marché", rédiger ainsi la fin du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale : "dispensées aux patients hospitalisés dans les établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet amendement prévoit le remboursement sur facture des produits et prestations, et plus principalement les dispositifs médicaux implantables, pris en charge et réglés en sus des prestations d'hospitalisation.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 51.
(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre ont présenté un amendement, n° 265, ainsi rédigé :

« Supprimer les quatre derniers alinéas du texte proposé pour l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Il s'agit de supprimer les quatre derniers alinéas du texte proposé pour l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, autrement dit le système de régulation par les prix introduit par ces alinéas.

M. le président. Peut-être pourriez-vous défendre en même temps l'amendement n° 267, puisqu'il s'agit d'un amendement de repli ?

M. Jean-Luc Préel. Volontiers.

M. le président. L'amendement n° 267, présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre, est ainsi rédigé :

« Dans le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, après le mot : "établi", insérer les mots : "par l'Agence des produits de santé, défini contractuellement si possible". »

Monsieur Préel, vous avez la parole.

M. Jean-Luc Préel. L'amendement n° 267 dispose que le bon usage du médicament doit être établi par l'Agence des produits de santé et défini contractuellement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Avis défavorable. D'abord, c'est un décret qui doit fixer les conditions du bon usage sur la base des recommandations de l'AFSSAPS. Ensuite, comment est-il possible de « négocier » le bon usage ? Cela ne me paraît pas négociable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 265.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Monsieur le rapporteur, si l'on ne peut pas négocier contractuellement le bon usage du médicament, avec qui et quand le définir ?

Mme Jacqueline Fraysse. Eh oui !

M. Jean-Luc Préel. J'expliquais tout à l'heure à M. le ministre, qui semblait être d'accord, qu'on pourrait probablement faire des économies dans les dépenses de santé

en mettant véritablement en œuvre un bon usage du médicament. Il faudra bien en discuter avec les professionnels de santé et l'industrie pharmaceutique, pour aboutir. Monsieur le rapporteur, dans ces conditions, j'aimerais que vous m'expliquiez comment arriver à un accord contractuel sans négociation !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 267.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, nos 274 et 182, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 274, présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre, est ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le I du texte proposé pour l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale :

« I. - Il est créé en 2005 un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« La régulation opérée dans le cadre de cet objectif de dépenses commun aux établissements de santé publics et privés visés à l'article L. 162-22-6 fera l'objet d'une évaluation en 2006, et donnera lieu, le cas échéant, à des ajustements budgétaires en tant que de besoin.

« A la lumière de cette évaluation, il appartient à l'Etat de décider du maintien définitif, ou au contraire de la suppression, de l'objectif de dépenses commun aux établissements de santé publics et privés visés à l'article L. 162-22-6 ainsi que du mécanisme de régulation appliqué sur cette enveloppe unique. »

L'amendement n° 182, présenté par M. Evin, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Génisson, M. Claeys, M. Bapt, Mme Guinard-Kunstler, MM. Gorce, Le Garrec, Renucci et les membres du groupe socialiste, est ainsi rédigé :

« Substituer au premier alinéa du I du texte proposé pour l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale, les trois alinéas suivants :

« Il est créé pour les exercices 2005 et 2006 un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au a du 1^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

« La régulation opérée dans le cadre de l'objectif de dépenses visé au premier alinéa du présent article fera l'objet d'une évaluation en 2006, et donnera lieu, le cas échéant, à des ajustements budgétaires en tant que de besoin.

« Au vu de cette évaluation, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 décidera du maintien ou de l'abandon de l'objectif de dépenses visé au premier alinéa du présent article, ainsi que de la régulation opérée sur cet objectif. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour soutenir l'amendement n° 274.

M. Jean-Luc Préel. L'amendement que M. Evin présentera est très proche de celui que je propose.

Le mécanisme de régulation prévu dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 risque d'entraîner des conséquences politiques lourdes. C'est pourquoi il est nécessaire, afin d'en apprécier la réelle pertinence, d'en évaluer les impacts, notamment sociaux et financiers. Cette évaluation ne peut être envisagée avant 2006, puisque le chantier de la gouvernance, engagé à la fin de l'année 2003, devrait se poursuivre en 2004.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin, pour soutenir l'amendement n° 182.

M. Claude Evin. Nous abordons la problématique liée à la période de transition. Si M. Préel et moi avons bien compris, monsieur le ministre, le périmètre de régulation pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique englobera public et privé à partir de 2004 et 2005. C'est trop rapide pour pouvoir réellement mettre en place un mécanisme de régulation, monsieur le ministre. En effet, il est nécessaire de procéder à une évaluation préalable de son impact sur l'hospitalisation aussi bien publique que privée afin d'ajuster le mécanisme de régulation. Il serait donc souhaitable d'attendre l'année 2006 pour une adoption dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Voilà le sens de cet amendement qui a le même objectif que celui de M. Préel. Il n'est pas rédigé exactement de la même manière, mais, si vous en acceptez le principe, monsieur le ministre, nous pourrions nous mettre d'accord sur la rédaction finale.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Je réponds sur les deux amendements. Je rappelle que la dotation globale a montré ses limites. C'est pourquoi il faut la remplacer par un système plus performant qui facilitera les coopérations entre le public et le privé. Par ailleurs, on ne peut subordonner l'application d'une disposition législative à l'évaluation d'une autre. L'évaluation est nécessaire, elle sera faite, mais on ne peut en faire une condition, d'autant que le PMSI existe depuis vingt ans et que la tarification à l'activité est expérimentée depuis dix ans maintenant, et particulièrement en 2003.

Pour toutes ces raisons, ces deux amendements ont été rejetés par la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Tout à l'heure, quand on parlait de l'ONDAM hospitalier, M. le ministre nous a dit que le médicament, en tout cas le médicament innovant,

en était exclu. Si je me souviens bien, il le chiffrait à 0,5 %. Alors, où le retrouve-t-on ? Si c'est dans l'ONDAM de ville, sachant – sauf erreur de ma part, mais vous allez le préciser – qu'il atteint 3,2 %, à combien l'ONDAM de ville hors le médicament de l'hôpital s'établira-t-il exactement ?...

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. L'ONDAM qui avait été calculé au mois de juin était estimé à 4,48 %, y compris les médicaments et sans compter les économies réalisées avec le forfait hospitalier. Dès lors que l'on retire les médicaments...

M. Jean-Marie Le Guen. Pour les mettre où ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Dans le PLFSS, mais hors ONDAM !

M. Claude Evin. Hors ONDAM ? En voilà une nouvelle !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Hors ONDAM hospitalier, j'entends !

M. Claude Evin. Mais où sont-ils ?

M. Jean-Marie Le Guen. Dans quel autre ONDAM ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je ne comprends pas...

Mme Jacqueline Fraysse. C'est un point important, monsieur le président !

M. le président. Nous pourrions peut-être voter sur les amendements n°s 274 et 182 et revenir ultérieurement sur ce point. Sinon, on risque de tout mélanger.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous attendons la réponse !

M. le président. La question est posée, il sera possible d'y revenir. Je crois que c'est préférable, monsieur le ministre...

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. D'accord !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 274.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 182.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. MM. Préel, Jardé et Leteurtre ont présenté un amendement, n° 266, ainsi rédigé :

« Après la référence "L. 162-43", rédiger ainsi la fin du dernier alinéa du I du texte proposé pour l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale : "l'évolution des techniques médicales, le vieillissement de la population, les données épidémiologiques disponibles, les priorités définies dans les programmes nationaux de santé publique". »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Cet amendement a pour objet d'introduire dans les objectifs des données d'ordre médical – notamment pour prendre en compte le vieillissement de la population – et épidémiologique.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Cet amendement a été rejeté par la commission, monsieur Préel, car il serait inopportun de limiter étroitement la compétence du ministre en listant de manière trop exhaustive les éléments à prendre en compte dans l'objectif national. En outre, je crois bien que cela ne relève pas du domaine de la loi.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 266.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 52, 196 et 268.

L'amendement n° 52 est présenté par M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et M. Préel ; l'amendement n° 196 est présenté par M. Heinrich ; l'amendement n° 268 est présenté par MM. Préel, Jardé et Leteurtre.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Compléter le dernier alinéa du I du texte proposé pour l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale par les mots : “, notamment celles relatives aux conversions d'activité”. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Ces amendements, dont le n° 268 que j'ai présenté avec mes collègues Jardé et Leteurtre, visent à prendre en compte les conversions d'activités.

M. le président. L'avis de la commission ne peut qu'être favorable, puisqu'elle est cosignataire d'un de ces trois amendements.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. En effet !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces trois amendements ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 52, 196 et 268.

(Ces amendements sont adoptés.)

M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 364, ainsi libellé :

« I. – Rédiger ainsi le premier alinéa du I du texte proposé pour l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale :

« Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants : »

« II. – En conséquence, dans le dernier alinéa du II, supprimer les mots : “et les tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et 165-7”. »

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. L'amendement n° 364 a pour objet de supprimer la possibilité de diminuer les tarifs de responsabilité des médicaments et des dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation dans le cadre du dispositif de régulation de l'objectif de dépenses MCO, considérant que celui-ci fait double emploi tant avec le dispositif de régulation des prix des médicaments

figurant à l'article 22 qu'avec celui prévu pour les dispositifs médicaux à l'article L. 165-4 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, du fait de la suppression de la régulation sur ces éléments, il devient inutile d'isoler ces dépenses sous forme de sous-objectif au sein de l'objectif de dépenses MCO, le dispositif de suivi distinct des dépenses étant en revanche maintenu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Cet amendement n'a pas été examiné en commission. A titre personnel, j'émet un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 364.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements identiques n°s 53 de la commission, 197 de M. Heinrich et 275 de M. Préel et l'amendement n° 184 de M. Evin n'ont plus d'objet, non plus que l'amendement n° 338 de M. Bur.

M. Jean-Marie Le Guen, Mme Génisson, MM. Evin, Claeys, Bapt, Mme Guinchard-Kunstler, MM. Gorce, Le Garrec, Renucci et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 188, ainsi libellé :

« Après le mot : “ assuré ”, rédiger ainsi la fin du 1° du I du texte proposé pour l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale : “ qui sont différenciés par catégories d'établissements”. »

La parole est à M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen. Cet amendement a pour objet d'inscrire clairement, tant au niveau des principes que dans la réalité, le fait que l'on ne doit pas chercher à faire converger public et privé.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Défavorable. Le but est d'aboutir à la régulation d'une enveloppe commune entre les hôpitaux publics et privés avec un tarif unique.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 188.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, n°s 54, 198 et 269, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n°s 54 et 198 sont identiques.

L'amendement n° 54 est présenté par M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, MM. Préel, Jardé et Leteurtre ; l'amendement n° 198 est présenté par M. Heinrich.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Dans le premier alinéa du II du texte proposé pour l'article L. 162-2-10 du code de la sécurité sociale, après la référence : “ article L. 162-22-7 ”, insérer les mots : “ en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile”. »

L'amendement n° 269, présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurtre, est ainsi rédigé :

« Dans le premier alinéa du II du texte proposé pour l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, après la référence : “ L. 162-22-7 ”, insérer les

mots : “, les dépenses relatives aux activités d’alternative à la dialyse en centre et d’hospitalisation à domicile, de manière distincte.” »

La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour soutenir l’amendement n° 54.

M. Jean-Luc Préel. Monsieur le président, je soutiendrai également l’amendement n° 269. Il est nécessaire de prendre en compte les dépenses relatives aux alternatives à la dialyse en centre et d’hospitalisation à domicile.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. La commission entend conserver l’amendement n° 54.

M. le président. Autrement dit, vous émettez un avis défavorable sur l’amendement n° 269.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. C’est bien cela.

M. le président. Quel est l’avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je suis tout à fait d’accord avec l’amendement n° 54 que vient de présenter M. Préel, mais je lui demanderai de le retirer au bénéfice de l’amendement n° 363, qui vient immédiatement après et dont la rédaction me paraît beaucoup plus précise tout en poursuivant très exactement le même but. Je propose du reste à M. Préel et aux coauteurs de le cosigner.

M. le président. Etes-vous d’accord, monsieur Préel ?

M. Jean-Luc Préel. Tout à fait, monsieur le président.

M. le président. Les amendements nos 54 et 269 sont retirés ; l’amendement n° 198 n’est pas soutenu.

Nous en venons à l’amendement n° 363 du Gouvernement, qui est ainsi rédigé :

« Compléter le premier alinéa du II du texte proposé pour l’article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale par les mots : “ en identifiant les dépenses relatives aux activités d’alternative à la dialyse en centre et d’hospitalisation à domicile ”. »

Cet amendement, désormais cosigné par MM. Préel, Jardé et Leteurtre, vient d’être défendu par M. le ministre.

M. le ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées. Exactement.

M. le président. Et il a reçu l’avis favorable de la commission.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. En effet.

M. le président. Je mets aux voix l’amendement n° 363.

(L’amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements, nos 55, 199 et 270, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements nos 55 et 199 sont identiques.

L’amendement n° 55 est présenté par M. Gilles, rapporteur pour l’assurance maladie et les accidents du travail, et M. Préel ; l’amendement n° 199 est présenté par M. Heinrich.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Dans le dernier alinéa du II du texte proposé pour l’article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : “ activités médicales ”, insérer

les mots : “, notamment les facteurs relatifs aux pratiques médicales et aux besoins de santé de la population,”. »

L’amendement n° 270, présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurtre, est ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du II du texte proposé pour l’article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : “ activités médicales ”, insérer les mots : “, notamment ceux relatifs aux pratiques médicales”. »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. En vue de permettre la médicalisation des mécanismes de régulation utilisés par l’Etat, ces amendements proposent que les évolutions des charges des régimes de l’assurance maladie soient dorénavant analysées en prenant également en compte l’impact des nouvelles techniques médicales ainsi que les besoins de santé de la population, liés au vieillissement.

M. le président. Lequel de ces amendements préférez-vous, monsieur le rapporteur ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Celui qu’a adopté la commission, c’est-à-dire l’amendement n° 55.

M. le président. Quel est l’avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable à l’amendement n° 55.

M. le président. Monsieur Préel, retirez-vous l’amendement n° 270 ?

M. Jean-Luc Préel. Oui, monsieur le président.

M. le président. L’amendement n° 270 est retiré.

L’amendement n° 199 n’est pas soutenu.

Je mets aux voix l’amendement n° 55.

(L’amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements, nos 56, 200, 276 et 183, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n° 56 et 200 sont identiques.

L’amendement n° 56 est présenté par M. Gilles, rapporteur pour l’assurance maladie et les accidents du travail, MM. Bur, Préel, Jardé et Leteurtre ; l’amendement n° 200 est présenté par M. Heinrich.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Dans le dernier alinéa du II du texte proposé pour l’article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : “ l’Etat modifie ”, insérer les mots : “, après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés,”. »

L’amendement n° 276, présenté par MM. Préel, Jardé et Leteurtre est ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du II du texte proposé pour l’article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : “ l’Etat modifie ”, insérer les mots “, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés,”. »

L'amendement n° 183, présenté par MM. Evin, Jean-Marie Le Guen, Mme Génisson, MM. Claeys, Bapt, Mme Guinchard-Kunstler, MM. Gorge, Le Garrec, Renucci et les membres du groupe socialiste, est ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du II du texte proposé pour l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : "l'Etat modifie", insérer les mots : ", après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé,". »

La parole est à M. Jean-Luc Préel, pour soutenir l'amendement n° 56.

M. Jean-Luc Préel. S'agissant de la régulation des dépenses par la modulation tarifaire, l'amendement n° 56 propose que l'Etat recueille l'avis des organisations les plus représentatives des établissements de santé, publics et privés avant de procéder aux changements de tarifs. Cela ne semblait pas avoir été prévu.

M. le président. Et votre amendement n° 276 ?

M. Jean-Luc Préel. Le principe est le même.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin, pour soutenir l'amendement n° 183.

M. Claude Evin. Nous poursuivons exactement les mêmes objectifs. Il semble tout à fait opportun d'inscrire dans la loi que les représentants et les organisations qui représentent les établissements publics comme les établissements privés pourront être consultés.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. La commission s'en tient à son amendement n° 56, qui pose le principe d'une consultation et émet par conséquent un avis défavorable sur les autres tout en les incitant - c'est déjà fait pour M. Préel - à cosigner son amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Peut-on considérer que les amendements n°s 276 et 183 sont retirés ?

M. Jean-Luc Préel. Je retire l'amendement n° 276.

M. Claude Evin. Je retire l'amendement n° 183. Après tout, qui dit consultation dit avis...

M. le président. Les amendements n°s 276 et 183 sont retirés.

L'amendement n° 200 n'est pas soutenu.

Je mets aux voix l'amendement n° 56.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 338 de M. Bur n'a, je le rappelle, plus d'objet compte tenu de l'adoption de l'amendement n° 364 du Gouvernement.

M. Gilles, *rapporteur* pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 57, ainsi rédigé :

« Compléter le dernier alinéa du II du texte proposé pour l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale par la phrase suivante : "En aucun cas, la différence entre le tarif de responsabilité ainsi fixé et le prix de vente ne peut être facturée aux patients". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Par cohérence avec les dispositions visées à l'article L. 162-22-7, cet amendement vise à interdire aux établissements de santé la facturation de la différence aux patients.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je m'en remets à la sagesse de l'Assemblée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 57. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. MM. Evin, Jean-Marie Le Guen, Mme Génisson, MM. Claeys, Bapt, Mme Guinchard-Kunstler, MM. Gorge, Le Garrec, Renucci et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement n° 303, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le texte proposé pour l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale :

« Art. L. 162-22-13. - I. - Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4^o de l'article LO 111-3, une dotation nationale de financement des missions de service public. Cette dotation assure le financement des missions définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et réalisées exclusivement par les établissements publics de santé et les établissements de santé privés qui répondent aux conditions fixées aux articles L. 6161-6 et L. 6161-9.

« II. - II est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie prévu au 4^o de l'article LO 111-3, une dotation nationale d'aide à la contractualisation des établissements de santé mentionnés aux *a, b, c et d* de l'article L. 162-22-6. Cette dotation participe au financement des engagements relatifs à la mise en œuvre des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire, à ceux visant à améliorer la qualité des soins ou à répondre aux priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-1-7, à ceux relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale en matière d'innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-6, cette dotation participe également au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques. Ces engagements sont mentionnés au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique.

« L'Etat détermine, en fonction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, le montant de chacune de ces deux dotations nationales et fixe le montant de chacune des dotations régionales concernées ainsi que les critères d'attribution aux établissements.

« Un décret, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, fixe la liste des activités de soins dispensées à certaines populations spécifiques susceptibles de donner lieu à l'attribution d'une dotation. »

La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. Si vous le voulez bien, monsieur le président, je défendrai par la même occasion les amendements n° 185 et n° 187, qui s'inscrivent dans la même logique que l'amendement n° 303.

Ces trois amendements ont trait à la dotation dite « MIGAC », autrement dit la dotation pour missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation. Le projet gouvernemental prévoit, en l'état actuel des choses, que ces missions – dont on ne dit pas, d'ailleurs, ce qu'elles sont – feront l'objet d'une dotation particulière qui viendra en complément de financement de l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique. Autant dire que le flou règne sur le contenu de ces missions d'intérêt général et ces actions contractualisées.

Alors que le Gouvernement propose une seule enveloppe, qu'il habille sous le nom de missions d'intérêt général et d'actions contractualisées, nous proposons de distinguer deux dotations : la première pour les interventions ayant un caractère de service public, la seconde pour financer les actions contractualisées dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé.

S'agissant des missions de service public, il nous semble nécessaire de les réserver aux établissements publics, aux établissements participant au service public et aux établissements privés ayant conclu avec l'Etat des contrats de concession pour l'exécution de missions de service public.

La confusion que vous entretenez en englobant ces missions de service public dans un cadre très général dans lequel seront associées et financées en même temps ce que vous appelez les missions d'intérêt général et les actions contractualisées conduira à la disparition progressive du financement des missions de service public, noyées dans des actions contractualisées qui peuvent concerner tout aussi bien les établissements publics que les établissements privés ne participant pas au service public. Une clarification s'impose en assurant une relative étanchéité entre les deux dotations, celle destinée à financer des missions de service public et celle qui entre dans le cadre des conventions d'objectif et de moyens. Tel est donc l'objet de ces trois amendements, le n° 303, qui définit les deux enveloppes, le n° 185 et le n° 187.

M. Jean-Marie Le Guen. Excellent !

M. le président. Restons-en pour l'instant à l'amendement n° 303.

Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. L'amendement n° 303 n'a pas été examiné par la commission. A titre personnel, j'émet un avis défavorable, tout simplement parce que j'estime que le texte parvient à respecter la spécificité du service public hospitalier.

M. Claude Evin. Il faudrait le démontrer !

M. Bruno Gilles, rapporteur. La distinction proposée présente l'inconvénient de rendre le système trop rigide.

M. François Goulard, rapporteur pour avis. Il a raison !

M. Bruno Gilles, rapporteur. Nous vous présenterons un amendement de communication qui distingue les missions d'intérêt régional des aides à la contractualisation au niveau général. Votre deuxième amendement, monsieur Evin, a, quant à lui, reçu un avis défavorable de la commission, tout simplement parce que cela relève d'une compétence étatique pleine. Cela dit, vous le verrez un peu plus loin, avec l'amendement n° 60, votre volonté de concertation sera satisfaite par la transmission du bilan aux organisations. Cette concertation sera sans doute effective, mais il n'est nul besoin de l'inscrire dans la loi. Elle a peut-être davantage sa place au niveau régional, sous la forme d'un avis. Cela aussi vous sera proposé à l'amendement n° 58 à venir.

M. le président. Nous les examinerons le moment venu en rappelant à chaque fois votre position.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur Evin, je comprends, là encore, votre préoccupation. Mais je vais vous préciser pourquoi le Gouvernement n'est pas favorable à votre proposition.

La notion de mission d'intérêt général retenue par le Gouvernement contient évidemment les missions dites de service public, mais elle l'exécède en ce sens qu'elle désigne aussi des activités d'utilité publique. A ce titre, il convient de rappeler que de nombreuses cliniques servent de terrain de stage pour les élèves des écoles de formation paramédicale et, dans certaines zones géographiques isolées, permettent de maintenir la permanence de l'accès aux soins.

Pour ce qui est de déterminer les établissements bénéficiaires, le Gouvernement préfère utiliser le contrat d'objectifs et de moyens, outil plus moderne que celui de la concession peu usitée et obsolète. De surcroît, le COM permet de fixer précisément les engagements de l'établissement en mettant parallèlement en place des indicateurs d'évaluation.

Au-delà du statut, il convient de disposer d'un outil permanent permettant de désigner avec précision les missions prises en charge. S'agissant enfin de la distinction entre les dotations au titre des missions d'intérêt général et celles au titre de l'aide à la contractualisation, il convient de rappeler que l'article L. 162-22-13 du projet du Gouvernement prévoit la possibilité de distinguer, au sein des dotations régionales, la part affectée aux missions d'intérêt général, voire à certaines d'entre elles, garantissant ainsi la conformité des allocations de ressources avec les missions confiées aux établissements.

M. Claude Evin. Vous ne m'avez pas convaincu.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 303.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. MM. Préel, Jardé et Leteurtre ont présenté un amendement, n° 277, ainsi rédigé :

« Substituer au deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale les deux alinéas suivants :

« Après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, l'Etat détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le montant de la dotation nationale (MIGAC) et fixe le montant des dotations régionales et, le cas échéant, la part des dotations régionales affectées à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution aux établissements. L'Etat fixe ces montants en tenant compte, d'une part, de la liste des missions d'intérêts général et activités visées au dernier alinéa de cet article, et, d'autre part, de la valorisation de chacune de ces missions et activités effectuée sur la base de critères arrêtés en concertation avec les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.

« En vue de permettre le suivi des dotations régionales, l'Etat effectue chaque année, sur la base des informations transmises par les agences régionales de l'hospitalisation, un bilan des engagements ayant

donné lieu à un financement. Ce bilan effectué par région, puis consolidé au niveau national, est transmis aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.»

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Il paraît opportun que les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé soient consultées préalablement sur le montant des dotations nationale et régionales prévues au titre de l'enveloppe MIGAC. Du niveau des montants fixés dépend l'adhésion de la communauté hospitalière. C'est pourquoi il est nécessaire que la loi prévoit explicitement la valorisation de chacune de ces missions sur la base de critères transparents, négociés avec les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. Par ailleurs, il est proposé de rajouter un troisième alinéa au texte proposé pour l'article L. 162-22-13, comme le prévoyait du reste une version antérieure du PLFSS 2004 dans une rédaction très proche de celle proposée ici, afin d'assurer un suivi précis et transparent de l'utilisation des différentes enveloppes MIGAC au niveau national et régional.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Rejeté par la commission. Il nous paraît inutile d'inscrire la concertation dans la loi. Ainsi que je le disais tout à l'heure, nous examinerons plus loin un amendement, n° 60 qui prévoit la transmission du bilan aux organisations et au Parlement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis que la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 277.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. MM. Evin, Jean-Marie Le Guen, Mme Génisson, MM. Claeys, Bapt, Mme Guinchard-Kunstler, MM. Gorce, Le Garrec, Renucci et les membres du groupe socialiste, ont présenté un amendement, n° 185, ainsi rédigé :

« Au début du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, insérer les mots : "Après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé,". »

La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Avis défavorable. *(Murmures sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Sagesse.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 185.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. Jean-Marie Le Guen. Je ne comprends pas : le rapporteur vient de refuser un amendement qui est strictement identique à celui qu'il va nous présenter dans un instant. Quel sectarisme !

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n°s 58 et 201.

L'amendement n° 58 est présenté par M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, M. Bur et M. Prél ; l'amendement n° 201 est présenté par M. Heinrich.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Dans le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, après les mots : "et fixe", insérer les mots : ", après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés,". »

La parole est à M. Jean-Luc Prél, pour soutenir l'amendement n° 58.

M. Jean-Luc Prél. Cet amendement, qui est en conformité avec ce que nous avons voté tout à l'heure dans l'article précédent, a été adopté par la commission.

M. le président. L'amendement n° 201 n'est pas défendu.

M. Jean-Marie Le Guen. Aurons-nous droit aux excuses du rapporteur ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Non, monsieur Le Guen, car si je me suis opposé à votre amendement c'est parce qu'il fait référence aux dotations « nationales ». Celui-ci porte sur les dotations « régionales » et c'est pourquoi j'y suis favorable !

Je suis donc désolé de ne pouvoir vous présenter publiquement mes excuses. *(Sourires.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 58.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, n°s 59, 202 et 271,

L'amendement n° 59 est présenté par M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, MM. Prél, Jardé et Leteurtre ; l'amendement n° 202 est présenté par M. Heinrich ; l'amendement n° 271 est présenté par MM. Prél, Jardé et Leteurtre.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Dans le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, supprimer les mots : ", le cas échéant,". »

La parole est à M. Jean-Luc Prél, pour soutenir l'amendement n° 59.

M. Jean-Luc Prél. Je l'avais présenté en commission en acceptant de le retirer le cas échéant. C'est un amendement rédactionnel qui vise à distinguer précisément, dans les dotations régionales, ce qui ressort des missions d'intérêt général et ce qui relève des aides à la contractualisation.

M. le président. C'est limpide !

Monsieur le rapporteur, vous y êtes favorable ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Oui, monsieur le président.

M. le président. Vous aussi, monsieur le ministre ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. En effet !

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements n°s 59, 202 et 271.

(Ces amendements sont adoptés.)

M. le président. MM. Evin, Jean-Marie Le Guen, Mme Génisson, MM. Claeys, Bapt, Mme Guinchard-Kunstler, MM. Gorce, Le Garrec, Renucci et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 187, ainsi rédigé :

« Compléter le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale par la phrase suivante : "L'Etat fixe ces montants en tenant compte d'une part, de la liste des missions de service public et activités visées au dernier alinéa de cet article, et d'autre part, de la valorisation de chacune de ces missions et activités effectuée sur la base de critères arrêtés en concertation avec les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé". »

La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. Il a été défendu !

M. le président. Mais peut-être vouliez-vous dire un mot sur un autre sujet...

M. Jean-Marie Le Guen. Non ! Nous sommes écœurés par le sectarisme du rapporteur ! (*Sourires.*)

M. Jean-Luc Prél. On a connu pire !

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 187 ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Avis défavorable, toujours pour les mêmes raisons.

M. Claude Evin. Mais la commission ne l'a pas examiné !

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Mais si !

M. Claude Evin. Ça m'étonnerait !

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. C'est le n° 185 qui n'a pas été examiné, monsieur Evin.

M. Claude Evin. Je sais tout de même quand je l'ai rédigé !

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Sur le n° 187, avis défavorable, tout simplement parce que cela doit relever d'une compétence étatique pleine, et l'amendement n° 60 rectifié répondra à votre demande.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 187.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements, n°s 60 rectifié, 203, 273, 272 et 186, pouvant être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 60 rectifié, présenté par M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, MM. Prél, Jardé et Leteurtre, est ainsi rédigé :

« Avant le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, insérer l'alinéa suivant :

« En vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de l'hospitalisation est transmis avant le

15 octobre de chaque année au Parlement et aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés. »

L'amendement n° 203, présenté par M. Heinrich, est ainsi rédigé :

« Avant le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, insérer l'alinéa suivant :

« En vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, un bilan élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale d'hospitalisation est transmis avant le 15 octobre de chaque année au Parlement et aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. »

L'amendement n° 273, présenté par MM. Prél, Jardé et Leteurtre, est ainsi rédigé :

« Avant le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, insérer l'alinéa suivant :

« En vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et aux objectifs d'aide à la contractualisation, chaque année sur la base des données transmises par chaque agence régionale d'hospitalisation, un bilan de suivi des opérations est élaboré, transmis au Parlement, et au président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. »

L'amendement n° 272, présenté par MM. Prél, Jardé et Leteurtre, est ainsi rédigé :

« Avant le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, insérer l'alinéa suivant :

« En vue de permettre un suivi des dotations régionales affectées aux missions d'intérêt général et aux objectifs d'aide à la contractualisation, chaque année sur la base des données transmises par chaque agence régionale d'hospitalisation, un bilan de suivi des opérations est élaboré, transmis au Parlement, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. »

L'amendement n° 186, présenté par M. Evin, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Génisson, M. Claeys, M. Bapt, Mme Guinchard-Kunstler, MM. Gorce, Le Garrec, Renucci et les membres du groupe socialiste, est ainsi rédigé :

« Avant le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, insérer l'alinéa suivant :

« En vue de permettre le suivi des dotations régionales, l'Etat effectue chaque année, sur la base des données transmises par les agences régionales de l'hospitalisation, un bilan des engagements ayant donné lieu à un financement. Ce bilan effectué par région, puis consolidé au niveau national, est transmis aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. »

La parole est à M. Jean-Luc Prél, pour soutenir les amendements n°s 60 rectifié, 273 et 272.

M. Jean-Luc Prével. Afin de permettre un suivi des sommes allouées aux établissements au titre des MIGAC, un bilan annuel est transmis aux organisations représentatives et au Parlement avant le 15 octobre, de manière que la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale puisse en tenir compte. Tel est le sens de l'amendement n° 60 rectifié, que la commission a adopté.

Quant à l'amendement n° 273, je le retire bien volontiers : ce n'était qu'un clin d'œil au président de la commission, qui a souhaité être partie prenante dans ces discussions très importantes. Je retire également l'amendement n° 272 parce qu'il est repris par le n° 60 rectifié.

M. le président. Les amendements n°s 273 et 272 sont retirés.

La parole est à M. Claude Evin, pour soutenir l'amendement n° 186.

M. Claude Evin. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Monsieur le président, c'est l'union sur tous les bancs de l'Assemblée ! L'amendement n° 60 rectifié a été adopté par la commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 60 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je constate que le vote est acquis à l'unanimité.

Les amendements n°s 203 et 186 tombent.

M. Gilles, *rapporteur* pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 61, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale :

« Le montant annuel de la dotation de chaque établissement est fixé par l'Etat en fonction des missions d'intérêt général, des activités de soins dispensés à des populations spécifiques et des objectifs et des orientations prévus dans le cadre de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et de leur état d'avancement ou, à défaut, dans le cadre de l'engagement contractuel spécifique prévu à l'article L. 162-22-13. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Cet amendement vise à clarifier les compétences respectives du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et de la commission exécutive en matière d'attribution aux établissements de santé des dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 61.
(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 286 de M. Evin n'a plus d'objet.

M. Evin, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Génisson, M. Claeys, M. Bapt, Mme Guinchard-Kunstler, MM. Gorce, Le Garrec, Renucci et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 287, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le début de la première phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale :

« Les forfaits annuels ainsi que la dotation de financement des missions de service public et la dotation d'aide à la contractualisation mentionnées respectivement... *(Le reste sans changement.)* »

La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. Toujours dans le même esprit, il s'agit de dissocier les enveloppes MIGAC. Nous restons dans la même logique.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. L'amendement n'a pas été examiné par la commission. Mais, dans le même esprit, bien évidemment, je donne un avis défavorable à titre personnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. M. Evin a parlé de logique. Dans la logique de l'avis précédent, avis défavorable !

M. Claude Evin. Nous n'avons pas la même logique !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 287.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Gilles, *rapporteur* pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 348, ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale, substituer aux mots : "de cet" les mots : "du présent". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Rédactionnel !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 348.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Gilles, *rapporteur* pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement n° 62, ainsi rédigé :

« Après les mots : "de l'établissement", supprimer la fin de la dernière phrase de l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale. »

Je fais observer que, si cet amendement était adopté, il ferait tomber celui du Gouvernement qui doit être examiné ensuite.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Je le retire.

M. le président. L'amendement n° 62 est retiré.

Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 365, ainsi rédigé :

« Dans la dernière phrase de l'avant-dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, supprimer les mots : "ou de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à l'activité ou la prestation objet du contrôle". »

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. M. le rapporteur va avoir pleine satisfaction car l'amendement n° 365 correspond parfaitement à ce qu'il voulait. Il s'agit d'une rectification de rédaction.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. D'accord !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 365.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 20, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 20, ainsi modifié, est adopté.)

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-huit heures trente, est reprise à dix-huit heures quarante-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Article 21

M. le président. « Art. 21. – I. – La section 1 du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi intitulée :

« Section 1

« Dotation annuelle de financement et forfait journalier »

« II. – L'article L. 174-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 174-1. – Dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, la part des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation, respectivement mentionnés aux *a* et *b* du 1^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle de financement.

« Le montant de la dotation annuelle de financement de chaque établissement est arrêté par l'Etat dans le respect des dispositions de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues par l'article L. 6145-1 du code de la santé publique et précisées par décret en Conseil d'Etat. »

« III. – L'article L. 174-1-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 174-1-1. – Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie constitué des activités suivantes :

« 1^o Les activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 ;

« 2^o L'ensemble des activités des établissements mentionnés à l'article L. 162-22-16 ;

« 3^o Les activités des unités de soins de longue durée ;

« 4^o Les activités de soins dispensés par le service de santé des armées et l'institution nationale des invalides ;

« 5^o Les activités de soins dispensés par l'établissement public territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon ;

« 6^o Les activités de soins dispensés par l'établissement public de santé de Mayotte.

« Cet objectif est constitué du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des dotations annuelles de financement fixées en application des articles L. 162-22-16, L. 174-1, L. 174-5 et L. 174-15 et de celles fixées en application des articles L. 6147-5 et L. 6414-7 du code de la santé publique.

« Le montant de cet objectif est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce montant prend en compte, outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant.

« Le montant de cet objectif est constitué, après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43, en dotations régionales. Certaines des dépenses incluses dans l'objectif mentionné au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par l'Etat en tenant compte de l'activité des établissements, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales, en matière de politique sanitaire. »

« IV. – L'article L. 174-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 174-2. – Les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-6 des établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, et *c* du même article et les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.

« Le montant des dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 est réparti après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, l'Etat fixe cette répartition.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations. »

« V. – A l'article L. 174-3 du même code, les mots : « Dans les établissements mentionnés à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « Dans les établissements mentionnés aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 ». »

Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe des député-e-s communistes et républicains ont présenté un amendement, n° 137, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 21. »

La parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Cet amendement a été amplement défendu.

M. le président. C'était bien mon avis.

Monsieur le rapporteur, vous y êtes défavorable ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Oui.

M. le président. Monsieur le ministre aussi ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Oui.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 137.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 63 rectifié, ainsi rédigé :

« Compléter l'article 21 par le paragraphe suivant :

« V *bis*. – Après le mot : “œuvre”, la fin de la première phrase du sixième alinéa de l'article L. 6411-16 du code de la santé publique est supprimée. »

C'est un amendement de coordination.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. En effet.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 63 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 64 corrigé, ainsi rédigé :

« Compléter l'article 21 par le paragraphe suivant :

« V *ter*. – Le premier alinéa de l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° Dans la première phrase, le mot : “globale” est supprimé ;

« 2° Dans la troisième phrase, le mot : “globales” est supprimé ;

« 3° Dans l'avant-dernière phrase, le mot : “globales” est supprimé. »

C'est encore un amendement de coordination.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Oui !

M. le président. Le Gouvernement y est favorable ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Oui.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 64 corrigé.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 65, ainsi libellé :

« Compléter l'article 21 par le paragraphe suivant :

« V *quater*. – Le premier alinéa du I de l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« La part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie afférentes aux soins dispensés aux détenus est financée par une dotation annuelle lorsque ces soins sont dispensés par un établissement public de santé spécifiquement destiné à l'accueil des personnes incarcérées mentionné à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique. Lorsqu'ils sont dispensés aux détenus, soit en milieu hospitalier, soit en milieu pénitentiaire, par un établissement de santé en application du dernier alinéa de l'article L. 6112-1 du même code, ces soins sont

financés par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 et versée à cet établissement à ce titre ».

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. C'est encore un amendement de coordination.

M. le président. Monsieur le ministre, vous y êtes favorable ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Oui.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 65. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 66, ainsi libellé :

« Compléter l'article 21 par le paragraphe suivant :

« V *quinquies*. – L'article L. 6415-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6415-3. – Dans l'établissement public de santé de Mayotte, la part des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle. Cette dotation est incluse dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Son montant ainsi que le montant total annuel des dépenses hospitalières autorisées sont fixés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif des dépenses d'assurance maladie défini au même article, des besoins de santé de la population, des orientations du schéma d'organisation sanitaire de Mayotte et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire en tenant compte de l'activité et des coûts de l'établissement. Le montant des dépenses hospitalières autorisées représente la part des dépenses de l'établissement prises en compte pour la fixation de la dotation annuelle et des tarifs de prestations. Ce montant a un caractère limitatif. »

C'est un amendement de coordination.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Oui.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 66. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 67, ainsi libellé :

« Compléter l'article 21 par le paragraphe suivant :

« V *sexies*. – Le troisième alinéa de l'article L. 6147-5 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Dans l'établissement public de santé territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon, la part des dépenses prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie est financée par une dotation annuelle. Cette dotation est incluse dans l'objectif défini à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité

sociale. Son montant ainsi que le montant total annuel des dépenses hospitalières autorisées sont fixés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif des dépenses d'assurance maladie défini au même article, des besoins de santé de la population, des orientations du schéma d'organisation sanitaire de Saint-Pierre-et-Miquelon et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire en tenant compte de l'activité et des coûts de l'établissement. Le montant des dépenses hospitalières autorisées représente la part des dépenses de l'établissement prises en compte pour la fixation de la dotation annuelle et des tarifs de prestations. Ce montant a un caractère limitatif. »

C'est un amendement de coordination.

Vous y êtes favorable, monsieur le ministre ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Oui.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 67. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. Je mets aux voix l'article 21, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 21, ainsi modifié, est adopté.)

Article 22

M. le président. « Art. 22. – I. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

« 1^o Il est inséré, après l'article L. 162-16-5, un article L. 162-16-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-6.* – I. – Le prix de vente maximum aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé, conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.

« Le tarif de responsabilité de ces spécialités pharmaceutiques est égal au prix de vente maximum, sous réserve des dispositions des arrêtés prévus à l'article L. 162-22-10.

« Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

« II. – Les spécialités pharmaceutiques mentionnées au I sont remboursées en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, sur la base du tarif de responsabilité mentionné au I. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

« 2^o Au premier alinéa de l'article L. 162-17-4, les mots : "au premier alinéa de l'article L. 162-17" sont remplacés par les mots : "aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à l'article L. 162-17". »

« II. – L'article L. 165-7 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-7.* – Les frais d'acquisition et de renouvellement des produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 sont remboursés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-1, et au 1^o de l'article L. 162-22-6 dans les conditions fixées à l'article L. 162-22-7, à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 165-2, les arrêtés prévus à l'article L. 162-22-10 peuvent modifier les tarifs de responsabilité des produits et prestations mentionnés ci-dessus dans les conditions fixées par les articles L. 162-22-9 et L. 162-22-10. »

M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 349, ainsi rédigé :

« Substituer aux deux premiers alinéas du I du texte proposé pour l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, les trois alinéas suivants :

« Sous réserve des dispositions prévues au II de l'article L. 162-22-10, le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au comité économique des produits de santé et publié par ce dernier. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par un arrêté des ministres compétents après avis du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique et de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

« En aucun cas, la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de vente aux établissements ne peut être facturée aux patients.

« Un accord conclu à cet effet entre le Comité économique des produits de santé et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'Etat, précise la procédure et les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise. »

Sur cet amendement, le Gouvernement a présenté un sous-amendement, n° 359, ainsi rédigé :

« Au début de la première phrase du premier alinéa de l'amendement n° 349, supprimer les mots : "Sous réserve des dispositions prévues au II de l'article L.162-22-10." »

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 349.

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet amendement systématise une procédure de type de dépôt de prix et réserve la fixation du prix par arrêté au cas d'échec des discussions entre l'administration et l'entreprise. Dans le même esprit, il renvoie à un accord cadre ou, à défaut, à un décret en Conseil d'Etat les conditions pratiques de fonctionnement de ce dépôt de prix. Il encadre l'ensemble de la procédure de détermination du prix dans un délai maximal de soixante-quinze jours.

M. le président. La parole est à M. le ministre, pour donner l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 349 et soutenir le sous-amendement n° 359.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 349 sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 359, par cohérence avec la suppression du mécanisme de régulation de l'objectif des dépenses MCO proposé par M. Bur dans son amendement n° 338.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur le sous-amendement n° 359 ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Il n'a pas été examiné par la commission mais j'y suis favorable à titre personnel.

M. le président. La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Monsieur le ministre, certains producteurs de médicaments dérivés du sang, médicaments très particuliers, s'inquiètent de la possible rigidité du système, et je voulais savoir si les éventuelles variations dans la fixation des coûts peuvent être prises en compte dans ce nouveau mécanisme.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Il y a effectivement une problématique particulière aux médicaments dérivés du sang. C'est la raison pour laquelle nous prévoyons une très grande flexibilité, avec une négociation au cas par cas. On ne peut pas systématiser en la matière.

M. Yves Bur. Très bien ! Merci.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 359.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 349, modifié par le sous-amendement n° 359.

(L'amendement, ainsi modifié, est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements nos 189 de M. Evin, 279 de M. Prél et 68 de la commission n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 22, modifié par l'amendement n° 349.

(L'article 22, ainsi modifié, est adopté.)

Article 23

M. le président. « Art. 23. - L'article L.161-29 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

« A. - Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit, y compris lorsque ces prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, et des pathologies diagnostiquées. Les documents prévus au premier alinéa de l'article L. 161-33 doivent comporter l'ensemble de ces informations. Les personnels des établissements de santé chargés de la facturation des prestations, les directeurs de ces établissements ou leur représentant ont connaissance, dans le cadre de leur fonction et pour la durée de leur accomplissement, du numéro de code de ces prestations. »

« B. - Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, le personnel des organismes d'assurance maladie a connaissance, dans le cadre de ses fonctions et pour la durée nécessaire à leur accomplissement, des numéros de code de pathologies diagnostiquées, des actes effectués et des prestations servies au bénéfice d'une personne déterminée, y compris lorsque ces prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, tels qu'ils figurent sur le support utilisé pour la transmission prévue au premier alinéa ou dans les données issues du traitement susmentionné. »

Je mets aux voix l'article 23.

(L'article 23 est adopté.)

Article 24

M. le président. « Art. 24. - I. - Le chapitre III du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

« A. - Le 3^o de l'article L. 6143-1 est ainsi rédigé :

« 3^o Le budget prévu à l'article L. 6145-1 et ses modifications ainsi que les propositions de dotation annuelle de financement et les tarifs de prestations mentionnées respectivement aux articles L.162-22-16, L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale.

« B. - L'article L. 6143-3 est abrogé.

« C. - L'article L. 6143-4 est ainsi modifié :

« 1^o Au 2^o, les mots : "3^o, à l'exception du rapport prévu à l'article L. 6143-3," sont supprimés ;

« 2^o Le dernier alinéa du 2^o est ainsi rédigé :

« Les délibérations mentionnées au 3^o sont réputées approuvées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sauf opposition, pour le budget, dans un délai de trente jours suivant la publication des arrêtés prévus à l'article L.162-22-10 et au dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, ou dans les trente jours suivant la réception dudit état si cette date est postérieure à la date de publication desdits arrêtés. Les modifications du budget sont approuvées dans un délai de trente jours à compter de leur réception sauf opposition. Les motifs de l'opposition du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sont déterminés par décret en Conseil d'Etat. »

« II. - Le chapitre IV du titre IV du livre I de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

« A. – L'article L. 6144-1 est ainsi modifié :

« 1^o Au 5^o, les mots : "sur le rapport prévu à l'article L. 6143-3," sont supprimés ;

« 2^o Au quatorzième alinéa, les mots : "de la dotation budgétaire allouée" sont remplacés par les mots : "dans le respect des recettes votées par le conseil d'administration". »

« B. – Au 2^o de l'article L. 6144-3, les mots : "le rapport prévu à l'article L. 6143-3" sont supprimés.

« III. – Le chapitre V du titre IV du livre I^{er} de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

« A. – L'article L. 6145-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6145-1.* – Le budget est préparé par le directeur. Il est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations prévus au 1^o du I de l'article L. 162-22-10, des forfaits annuels prévus à l'article L. 162-22-8, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation prévue à l'article L. 162-22-14 et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il est présenté par le directeur de l'établissement au conseil d'administration et voté par ce dernier. Il est adressé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation au plus tard le 15 mars.

« Dans le cas où le budget n'est pas approuvé, le directeur de l'établissement présente, dans le délai de quinze jours au conseil d'administration, un nouveau budget intégrant les observations du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ayant motivé le refus d'approbation. Dans l'attente de l'approbation, le directeur de l'établissement est autorisé à engager, liquider et ordonnancer, dans la limite des crédits approuvés au titre de l'exercice précédent, les dépenses indispensables à l'exercice de ses missions.

« Les modifications du budget sont établies dans les mêmes conditions.

« Le budget et ses modifications sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 6143-4. »

« B. – L'article L. 6145-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6145-4.* – I. – Pour permettre le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou des autres objectifs mentionnés au code de la sécurité sociale, en cas de révision de leur montant, ou en cas de révision des tarifs des prestations mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ou des tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7 du même code dans les conditions prévues au II de l'article L. 162-22-10 susmentionné, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande aux établissements de délibérer sur une modification de leur budget prenant en compte, le cas échéant, les éléments suivants :

« 1^o Une modification des éléments mentionnés aux 1^o à 3^o du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

« 2^o Une modification des tarifs de responsabilité mentionnés aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7 du même code ;

« 3^o Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du même code ;

« 4^o Une modification de la dotation mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.

« II. – Lorsqu'il apparaît que l'évolution de l'activité réelle de l'établissement est manifestement incompatible avec le respect de son budget, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande à l'établissement de délibérer sur une modification de son budget tenant compte de l'écart entre l'activité réelle et l'activité prévisionnelle prise en compte lors du vote du budget. »

Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe des député-e-s communistes et républicains ont présenté un amendement, n^o 138, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 24. »

La parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. L'article 24 prévoit les instruments et les conditions d'élaboration des projets de budget des établissements de santé. Il précise que ces budgets doivent être établis en fonction des ressources de l'établissement – prévisions d'activité et des tarifs correspondants, forfait urgence, dotation MIGAC, éventuellement dotation annuelles de financement. Il précise également que les services de l'Etat peuvent demander en cours d'année aux établissements d'ajuster leurs budgets pour répondre aux variations de tarifs ou de dotations ou forfaits.

En fait, monsieur le ministre, cet article prend acte de l'application de la tarification à l'activité définie à l'article 20 pour l'élaboration des budgets des établissements de santé. Dorénavant, les établissements de santé devront élaborer leur budget, non plus en fonction des dépenses prévisibles, mais en fonction des recettes prévisibles, étant entendu que celles-ci seront constituées par l'ensemble des actes tarifés sur la base d'un tarif national de prestation défini par le coût global d'un séjour pour un patient ou une pathologie particulière.

Ce glissement de référentiel constitue la source des difficultés d'élaboration des budgets puisque ces derniers devront s'appuyer sur des éléments d'incertitude – la consommation de soins... – pour accomplir leurs missions de santé. Avec cette démarche, je n'y reviens pas, l'établissement de santé devient une unité économique, et c'est encore la rentabilité que l'on recherche, ce qui n'est pas *a priori* la fonction de l'hôpital, monsieur le ministre.

Vous ajoutez une contrainte supplémentaire dans l'élaboration de leurs budgets, car vous obérez leurs prévisions non seulement par l'incertitude relative aux patients, mais aussi par l'instauration d'un tarif flottant. En effet, vous vous réservez le droit de soumettre les établissements à la contrainte de l'ONDAM, en faisant varier le niveau du tarif de prestation en cours d'année, afin de répondre aux impératifs de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui n'est rien d'autre que la restriction des remboursements des assurés, comme nous avons eu l'occasion de le dire.

Concrètement, cela signifie que votre discours qui se veut rassurant sur la faculté des établissements à se gérer de façon autonome, voire à se comporter comme un acteur rationnel sur le marché de la santé, est une illusion puisque vous leur ôtez dans les faits toutes les marges de manœuvre qu'ils pourraient avoir.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet amendement a été rejeté par la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 138.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 69, ainsi rédigé :

« Dans la première phrase du dernier alinéa du 2° du C du I de l'article 24, après les mots : "au 3°", insérer les mots : "de l'article L. 6143-1". »

C'est un amendement rédactionnel, monsieur le rapporteur.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Oui.

M. le président. Vous êtes d'accord, monsieur le ministre ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Oui.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 69. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 70, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le début de la dernière phrase du premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 6145-1 du code de la santé publique : "Il est adressé au directeur..." *(Le reste sans changement.)* »

C'est un amendement rédactionnel ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Tout à fait.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 70. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. Je mets aux voix l'article 24, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 24, ainsi modifié, est adopté.)

Article 25

M. le président. « Art. 25. - I. - Le chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° A l'article L. 6114-1, la référence : "L. 162-22-6" est remplacée par la référence : "L. 162-22-18" ;

« 2° Après le premier alinéa de l'article L. 6114-2, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Ils précisent la ou les missions d'intérêt général, mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, auxquelles l'établissement concerné participe et ses engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que ses autres engagements donnant lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. » ;

« 3° La première phrase du premier alinéa de l'article L. 6114-4 est ainsi rédigée :

« Pour les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les contrats fixent le montant des forfaits annuels prévus

à l'article L. 162-22-8, de la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 et des tarifs de prestations mentionnés au 1° de l'article L. 162-22-1 dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5. »

« II. - Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

« 1° A l'article L. 6115-3, il est ajouté un 11° ainsi rédigé :

« 11° fixe les dispositions prévues aux articles L. 162-22-4 et L. 162-22-12. » ;

« 2° Au 3° de l'article L. 6115-4, les mots : "l'accord prévu à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale ou, à défaut, son contenu ainsi que" sont supprimés. »

Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe des député-e-s communistes et républicains ont présenté un amendement, n° 139, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 25. »

La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je prendrai quelques minutes pour défendre cet amendement, car je veux évoquer des problèmes concrets.

L'article 25 définit le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le CPOM. Les engagements qu'il contiendra conditionneront les montants de la dotation pour les MIGAC et les MCO - psychiatrie, soins de réadaptation et de suivi. Il élargit en outre sur ces points les compétences des directeurs d'ARH. C'est l'un des points qui nous préoccupent beaucoup. Vous confirmez donc le principe de contractualisation entre les établissements de santé et les pouvoirs publics.

Vous engagez une démarche de privatisation du système hospitalier, c'est-à-dire que vous imposez un mode de fonctionnement privé à l'hôpital public, ce qui conduira nécessairement à la ruine. Par contre, vous conservez par nécessité les hôpitaux publics, parce que, dans votre système, aucune structure privée n'acceptera de perdre de l'argent en accueillant les patients les plus modestes, non solvables, et donc les moins rentables.

Quant à l'investissement dans l'hôpital, vous prétendez débloquer des fonds pour le public, notamment pour une politique d'investissement technologique, et vous vous déclarez soucieux de l'égalité dans la répartition géographique de cette technologie, souci tout à fait louable. Justement, monsieur le ministre, je voudrais attirer votre attention et celle de mes collègues sur cette volonté d'assurer l'égalité géographique dans le cadre des contraintes imposées par les agences régionales de l'hospitalisation, qui ont le pouvoir de décision, ce que je conteste.

Je prendrai un exemple, très précis, très concret, que vous pourrez vérifier. Il s'agit de l'attribution d'une IRM que l'hôpital de Nanterre et l'hôpital Louis-Mourier de Colombes réclament depuis des années. Il devait être installé à Louis-Mourier pour être au service des populations des deux villes et éventuellement des alentours. Cela avait été promis par le précédent directeur de l'ARH. Nous avions, à sa demande, révisé le fonctionnement des deux hôpitaux pour rationaliser, coopérer, gagner du temps, de l'espace, des salaires, tout en gardant une qualité de soins, et il nous avait promis que nous aurions cette IRM qui était absolument indispensable et qui le reste, bien évidemment.

Entre-temps, le directeur de l'ARH a changé et, tenez-vous bien, le nouveau directeur a affecté l'IRM en question à Neuilly ! *(Exclamations.)* Ça encore, les gens de

Neuilly ont droit d'avoir une IRM. Seulement, à Neuilly, il y en a déjà deux ! (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Bruno Gilles, rapporteur. Encore un coup du Medef !

M. Jean-Luc Prél. Louis-Mourier est pourtant un excellent hôpital.

Mme Jacqueline Fraysse. Donnez-moi acte que c'est tout de même un problème. Cela montre bien le pouvoir exorbitant donné aux ARH, le manque de transparence.

Ce sont des hommes de droit divin qui dirigent l'ARH...

M. Jean-Luc Prél. C'est contraire à la laïcité !

M. Jean-Marie Le Guen. Non, ils font ce que leur dit le ministre !

Mme Jacqueline Fraysse. ... et qui décident à qui ira l'IRM.

M. Jean-Marie Le Guen. Ils décident sur injonction du ministre de l'intérieur !

Mme Jacqueline Fraysse. Je n'ose penser que c'est une injonction du ministre de la santé !

M. Jean-Marie Le Guen. C'est Sarkozy !

Mme Jacqueline Fraysse. Si c'est sur injonction de M. Mattei que l'IRM de Louis-Mourier de Colombes a été transférée à Neuilly, qui en a déjà deux, il doit nous le dire. C'est peut-être aussi une injonction du ministre de l'intérieur.

M. Yves Bur. Il aurait fait cela ?

Mme Jacqueline Fraysse. De là à dire que, décidément, la santé des plus aisés vaut plus que la santé des plus pauvres, il n'y a qu'un pas. Je ne voudrais pas le franchir.

M. Claude Gaillard. Tout de même !

Mme Jacqueline Fraysse. Je voudrais que l'Assemblée entende tous les éléments de préoccupation que nous évoquons depuis le début de ce débat. Ce ne sont ni des rêves ni des velléités d'étatisme, mais des nécessités objectives pour répondre aux besoins de populations certes plus difficiles que celle de Neuilly.

M. Jean-Marie Le Guen. Cela dépend de quel point de vue on se place !

Mme Jacqueline Fraysse. Du point de vue financier, en tout cas.

Je voudrais donc demander ici solennellement que les ARH travaillent en liaison avec les médecins, qui réclament depuis longtemps cette IRM. Pour pouvoir utiliser celle de l'Hôpital américain de Neuilly, il faut avancer 2 000 ou 3 000 francs. Nombreuses sont les familles qui ne le peuvent pas. C'est pourquoi les médecins de Nanterre me disent qu'ils ne peuvent pas prescrire d'IRM à cet endroit. Ils en prescrivent ailleurs, mais il y a un délai d'attente de un ou deux mois. Telle est la situation : dans un souci d'égalité, d'équilibre géographique et d'équité, l'ARH attribue une troisième IRM à la ville de Neuilly et refuse celle de Colombes et Nanterre. Comment cela est-il possible dans un système qui se veut démocratique ?

M. Yves Bur. Ils doivent être très malades là-bas !

M. Jean-Marie Le Guen. Ils ont le sens de la solidarité : ils veulent accueillir les plus malades dans leur ville !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Malgré l'excellente démonstration de Mme Fraysse, la commission a rejeté son amendement.

Mme Jacqueline Fraysse. La commission est obtuse !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. J'ai entendu ce que m'a dit Mme Fraysse. Je n'ai pas d'éléments de réponse à lui apporter à l'instant, mais je suis, comme elle, profondément troublé par ce qu'elle vient de raconter. Aussi, je peux m'engager à la recevoir et à étudier ce dossier avec elle. Ce que vous dites, madame, ne me paraît pas facile à comprendre.

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne comprends pas !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Comme je souhaite comprendre, je vous fixerai un rendez-vous et nous réglerons ce problème au plus vite.

Mme Jacqueline Fraysse. Merci !

M. le président. Voilà, madame Fraysse, une réponse précise.

Je mets aux voix l'amendement n° 139.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n'est pas adopté, mais Mme Fraysse a rendez-vous avec le ministre. (*Sourires.*)

M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 71, ainsi rédigé :

« Dans le dernier alinéa du 3° du I de l'article 25, supprimer les mots : " des forfaits annuels prévus à l'article L. 162-22-8, de la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 et ". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, rapporteur. Les articles L. 162-22-12 et L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale prévoient que l'Etat, représenté dans la région par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, fixe les montants des forfaits annuels et la dotation MIGAC de chaque établissement.

En conséquence, ces éléments ne seront pas fixés par avenant aux contrats d'objectifs et de moyens des établissements. C'est ce que vise à préciser l'amendement qui a été adopté par la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 71.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 72, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le II de l'article 25 :

« II. – 1. L'article L. 6115-3 du même code est ainsi modifié :

« a) Après le douzième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 11° Fixe les dispositions prévues aux articles L. 162-22-4, L. 162-22-12 et L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. »

« b) A la fin de la première phrase du treizième alinéa, les mots : “à l’alinéa précédent” sont remplacés par les mots : “aux 1^o et 11^o”.

« 2. Le 3^o de l’article L. 6115-4 du même code est ainsi rédigé :

« 3^o Les contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens mentionnés à l’article L. 6114-1 ainsi que les engagements contractuels spécifiques prévus à l’article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. L’amendement vise à procéder à deux modifications afin de bien délimiter les compétences respectives du directeur et de la commission exécutive de l’agence régionale de l’hospitalisation : le directeur de l’agence attribue les dotations MIGAC après avis de la commission exécutive de l’agence.

Cet amendement a été adopté par la commission.

M. le président. Quel est l’avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l’amendement n^o 72. *(L’amendement est adopté.)*

M. le président. Je mets aux voix l’article 25, modifié par les amendements adoptés.

(L’article 25, ainsi modifié, est adopté.)

Article 26

M. le président. « Art. 26. – I. – Le deuxième alinéa de l’article L. 162-43 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Cet arrêté précise également la constitution de la dotation nationale en parts qui s’imputent respectivement sur l’objectif quantifié national mentionné à l’article L. 162-22-2, sur l’objectif des dépenses d’assurance maladie commun mentionné à l’article L. 162-22-9, sur l’objectif des dépenses d’assurance maladie mentionné à l’article L. 174-1-1, sur l’objectif de dépenses mentionné à l’article L. 314-3 du code de l’action sociale et des familles et sur l’objectif provisionnel des dépenses de soins de ville mentionné au deuxième alinéa du II de l’article L. 227-1 du présent code. »

« II. – A l’article L. 174-12 du même code, le mot : “globale” est supprimé.

« III. – L’article L. 174-14 du même code est abrogé.

« IV. – A l’article L. 174-15 du même code, les mots : “de l’objectif provisionnel d’évolution des dépenses des établissements de santé défini à l’article L. 174-1-1” sont remplacés par les mots : “de l’objectif des dépenses d’assurance maladie défini à l’article L. 174-1-1”.

« V. – L’article L. 174-16 du même code est ainsi modifié :

« 1^o Le I est ainsi rédigé :

« I. – Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l’article L. 3121-2 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a à d de l’article L. 162-22-6 sont prises en charge dans les conditions prévues à l’article L. 162-22-14. » ;

« 2^o Les deuxième et troisième alinéas sont abrogés. »

« VI. – L’article L. 174-17 du même code est ainsi modifié :

« 1^o Au premier alinéa, les mots : “régis par l’article L. 174-13” sont remplacés par les mots : “mentionnés aux a à d de l’article L. 162-22-6”, et les mots : “dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l’article L. 174-1” sont remplacés par les mots : “dans la dotation prévue à l’article L. 162-22-14” ;

« 2^o Les deuxième et troisième alinéas sont abrogés.

« VII. – Le III de l’article L. 315-1 du même code est complété par les mots : “notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l’article L. 162-1-7”. »

M. Gilles, *rapporteur* pour l’assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n^o 73, ainsi rédigé :

« Compléter le II de l’article 26 par les mots : “par trois fois”. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. C’est un amendement de précision.

M. le président. Quel est l’avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l’amendement n^o 73. *(L’amendement est adopté.)*

M. le président. M. Gilles, *rapporteur* pour l’assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n^o 350, ainsi rédigé :

« Supprimer le dernier alinéa (2^o) du V de l’article 26. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Cet amendement se justifie par son texte même.

M. le président. Quel est l’avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l’amendement n^o 350.

(L’amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l’article 26, modifié par les amendements adoptés.

(L’article 26, ainsi modifié, est adopté.)

Article 27

M. le président. « Art. 27. – I. – L’article L. 6133-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« A. – Aux deuxième et troisième alinéas, les mots : “par les établissements de santé mentionnés aux articles L. 6161-4 et L. 6161-6” sont remplacés par les mots : “par les établissements de santé mentionnés aux b et c de l’article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à l’article L. 162-22-16 du même code”. »

« B. – Au troisième alinéa, les mots : “les établissements de santé privés autres que ceux placés pour tout ou partie sous le régime de financement prévu par

l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale" sont remplacés par les mots : "les établissements de santé privés mentionnés au *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code". »

« II. – Le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} de la sixième partie du même code est ainsi modifié :

« A. – Le premier alinéa de l'article L. 6161-4 est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé privés à but non lucratif ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier, mentionnés au *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ayant opté pour le financement par dotation globale sont, pour ce qui concerne les activités définies par les articles L. 6111-1 et L. 6111-2 et les modalités de tarification applicables, soumis aux dispositions fixées aux articles L. 6145-1 et L. 6145-4 et au deuxième alinéa de l'article L. 6161-7. »

« B. – L'article L. 6161-7 est ainsi modifié :

« 1^o Au premier alinéa, les mots : "à l'article L. 6145-1" sont remplacés par les mots : "aux articles L. 6145-1 et L. 6145-4" ;

« 2^o Le deuxième alinéa est abrogé. »

« C. – A l'article L. 6161-8, les mots : "L. 6143-2-1 et L. 6143-1" sont remplacés par les mots : "et L. 6143-2-1". »

M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n^o 75, ainsi rédigé :

« A la fin du dernier alinéa du A du II de l'article 27, supprimer les mots : "et au deuxième alinéa de l'article L. 6161-7". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, rapporteur. C'est un amendement de cohérence qui a été adopté par la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 75. *(L'amendement est adopté.)*

M. le président. Je mets aux voix l'article 27 modifié par l'amendement n^o 75.

(L'article 27, ainsi modifié, est adopté.)

Article 28

M. le président. « Art. 28. – Les dispositions des articles 18 à 27 sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2005, à l'exception des dispositions de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue de l'article 19 et des dispositions de l'article L. 162-22-6 du même code dans leur rédaction issue de l'article 20 qui s'appliquent à compter du 1^{er} mai 2004 dans les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi, sous réserve des dispositions suivantes.

« I. – En 2005, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, la fraction des tarifs mentionnés au A du V du présent article et les frais afférents à la fourniture de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations ne sont pas facturés aux caisses mentionnées à l'article L. 174-2

du même code par les établissements. Les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi transmettent à échéances régulières à l'agence régionale de l'hospitalisation, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activité y compris celles relatives aux consultations externes. Ils transmettent également, selon la même périodicité, la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés ci-dessus.

« Les établissements transmettent une copie de ces informations à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

« L'agence régionale de l'hospitalisation procède, pour chaque établissement, à la valorisation, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, de l'activité par application des tarifs des prestations fixés en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dans les conditions prévues au A du V du présent article et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés au premier alinéa du I. L'agence régionale arrête le montant ainsi calculé et le notifie à l'établissement et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

« L'écart entre la valorisation de l'activité prévisionnelle retenue pour clôturer l'exercice 2004 et la valorisation de l'activité réellement constatée peut être imputé à due concurrence sur le montant calculé en application de l'alinéa précédent.

« L'agence régionale de l'hospitalisation procède à un contrôle des données transmises. Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-22-18, lorsqu'elle constate des anomalies, après que l'établissement a été mis en mesure de faire connaître ses observations, elle déduit les sommes indûment versées du montant du ou des trimestres suivants.

« II. – En 2005, dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par dérogation aux dispositions des 1^o à 3^o du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, les tarifs nationaux des prestations ne servent pas de base au calcul de la participation de l'assuré. Cette participation est calculée sur la base des tarifs de prestations fixés par l'agence régionale de l'hospitalisation selon les conditions et modalités applicables antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.

« III. – Pour la détermination en 2005 des éléments mentionnés aux 1^o et 2^o du I de l'article L. 162-22-10 dans sa rédaction issue de la présente loi, il est tenu compte de l'état provisoire des charges afférentes aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au *a* du 1^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, y compris celles relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, au titre des soins dispensés l'année précédente dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 dans sa rédaction issue de la présente loi ainsi que des charges afférentes à la dispensation des médicaments et à la fourniture des produits et prestations facturés en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-1 dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

« IV – Pour les années 2005 à 2014, l'Etat fixe, outre les éléments mentionnés aux 1^o à 3^o du I de l'article L. 162-22-10, des coefficients de transition moyens régionaux ainsi que les écarts maximum entre les tarifs natio-

naux et les tarifs des établissements mentionné au *d* de l'article L. 162-22-6 du même code de la région après application de leur coefficient de transition. Les coefficients de transition moyens régionaux atteignent la valeur 1 au plus tard en 2014.

« L'Etat fixe les règles générales de modulation du coefficient de transition entre les établissements de la région, dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 162-22-10.

« Les tarifs des prestations mentionnés au 1^o de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale applicables à chacun des établissements de santé mentionnés au *d* du même article sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en appliquant le coefficient de transition et, le cas échéant, le coefficient de haute technicité propres à l'établissement aux tarifs nationaux des prestations affectés, le cas échéant, d'un coefficient géographique. Le coefficient de transition de chaque établissement doit atteindre la valeur 1 au plus tard en 2014. Le coefficient de haute technicité est égal à celui calculé pour l'année 2004. Ce coefficient s'applique jusqu'à la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire relatifs aux activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

« V. – Pour les années 2005 à 2014, les dispositions de la présente loi s'appliquent sous réserve des dispositions suivantes :

« A. – Les prestations d'hospitalisation dispensées aux assurés sociaux dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionnées au *a* du 1^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique exercées par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des deux éléments suivants :

« 1^o une fraction du tarif des prestations d'hospitalisation fixé en application des dispositions du 1^o du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré correspondant à cette fraction ;

« 2^o une dotation annuelle complémentaire déterminée dans les conditions prévues au D du présent V.

« La fraction mentionnée au 1^o est fixée par l'Etat dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-10.

« B. – Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 susmentionné fixe en outre les modalités selon lesquelles est déterminé chaque année le montant total des dotations annuelles complémentaires mentionnées au A compatible avec le respect de l'objectif.

« C. – Dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, l'Etat détermine le montant total des dotations annuelles complémentaires et fixe, outre les éléments mentionnés aux 1^o à 3^o dudit I, les montants régionaux des dotations annuelles complémentaires.

« D. – Dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale, l'Etat fixe, outre le montant des forfaits annuels de chaque établissement, le montant de la dotation annuelle complémentaire de chaque établissement de santé mentionné aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, dans la limite du montant régional fixé dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-10 du même code et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Toutefois, le

montant total des dotations annuelles complémentaires allouées aux établissements de la région peut être supérieur au montant régional à concurrence de l'écart entre le montant total des dotations annuelles de financement mentionnées à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale et le montant de la dotation régionale mentionnée à l'article L. 174-1-1 du même code. Le montant de la dotation de chaque établissement est fixé en tenant compte notamment de la dotation de l'année précédente, de la fraction des tarifs des prestations prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie fixée dans les conditions prévues au A ci-dessus et le cas échéant de l'activité de l'établissement. Son montant tient également compte des changements de toute nature à l'issue desquels la proportion de patients non assurés sociaux accueillis est notablement modifiée.

« E. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, le montant total des dotations annuelles de financement allouées aux établissements de la région en application du même article peut être supérieur au montant de la dotation régionale prévue à l'article L. 174-1-1 à concurrence de l'écart entre le montant total des dotations annuelles complémentaires mentionnées au 2^o du A du présent V et le montant régional prévu au C.

« F. – Le budget mentionné à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique tient également compte de la dotation annuelle complémentaire prévue au 2^o du A du présent V.

« G. – La modification du budget sur laquelle le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande aux établissements de délibérer en application des dispositions de l'article L. 6145-4 du code de la santé publique tient compte de la modification de la dotation annuelle complémentaire.

« H. – Pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les recettes d'assurance maladie prises en compte pour l'application des sanctions financières prises en application de l'article L. 162-22-18 du même code sont celles versées en application des dispositions du 1^o du A du présent V. »

Mme Fraysse, Mme Jacquaint, M. Gremetz et les membres du groupe des député-e-s communistes et républicains ont présenté un amendement, n^o 140, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 28. »

La parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Cet article vise à introduire une procédure d'échelonnement dans la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Cette mise en œuvre est complexe et demande du temps, et l'on se demande pourquoi vous voulez légiférer aussi rapidement. Les bilans analytiques de l'expérience menée dans soixante établissements ne nous sont toujours pas parvenus – et, quand je parle de bilans, ce ne sont pas ceux qu'on trouve sur les sites Internet du Gouvernement.

Peut-être serait-il d'ailleurs utile d'aller chercher ces bilans dans les pays étrangers qui ont fait des expériences de tarification à l'activité, notamment chez nos voisins anglo-saxons. J'ai déjà eu l'occasion d'en parler, les chiffres sont là et je vous en ferai grâce, mais c'est très préoccupant. Nous ne souhaitons pas aller dans ce sens, et c'est pourquoi nous avons déposé un amendement de suppression de l'article 28.

Mme Jacqueline Fraysse. Très bien !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Cet amendement a été rejeté par la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 140.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Préel, M. Jardé et M. Leteurtre ont présenté un amendement, n° 280, ainsi rédigé :

« Au début du premier alinéa de l'article 28, insérer les mots : " Sous réserve des dispositions prévues par l'article 20 relatives à l'évaluation de la régulation ". »

La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Il s'agit de rappeler que le mécanisme de régulation fondé sur une enveloppe unique et totalement fongible entre les deux secteurs d'hospitalisation ne pourra être définitivement instauré qu'après une évaluation, en 2006, comme prévu à l'article 20.

J'ai bien entendu, en commission, les arguments du rapporteur. Puisqu'il estime impossible toute injonction législative, je suis prêt à remplacer les mots : « Sous réserve des dispositions prévues par l'article 20 relatives à l'évaluation » par les mots : « En prenant en compte les résultats de l'évaluation ».

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Cet amendement a été rejeté par la commission, car il s'agit d'un amendement de coordination avec un amendement à l'article 20 qui a été rejeté.

M. le président. Vous le maintenez, monsieur Préel ?

M. Jean-Luc Préel. Oui.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 280.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. MM. Jean-Marie Le Guen, Evin, Mme Génisson, MM. Claeys, Bapt, Mme Guinchard-Kunstler, MM. Gorce, Le Garrec, Renucci et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 190, ainsi rédigé :

« Dans le premier alinéa de l'article 28, après les mots : " à compter du 1^{er} janvier 2005, ", insérer les mots : " sous réserve d'un bilan régional et national effectué chaque année par l'Etat sur la base des informations transmises par les agences régionales de l'hospitalisation ". »

La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. C'est aussi un amendement de cohérence avec un amendement que nous avons déposé à l'article 20. Nous estimons que, avant de mettre en place le mécanisme de régulation qui sera fondé sur une enveloppe unique fongible entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée, il faut dresser un bilan aux niveaux régional et national.

Je crains malheureusement que la commission et l'Assemblée n'acceptent pas cet amendement, mais vous verrez, dans ce cas, mes chers collègues, que vous rencontrerez des problèmes dans la gestion de vos établissements publics de santé au cours de l'année 2005-2006.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. L'amendement a été repoussé par la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Il est difficile de s'engager sur une date. J'ai dit tout à l'heure à M. Evin et à l'Assemblée que, en la matière, nous voulions être aussi souples que possible. Evitons de commencer déjà à fixer des conditions *a priori* pour échapper à telle ou telle mécanique.

M. Claude Evin. Il faut une évaluation !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Mais l'évaluation se fera en permanence !

M. Yves Bur. Ce sera une évaluation dynamique !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Il me paraît vraiment difficile de décider à l'avance qu'une évaluation devra avoir lieu à telle date. Je vous le redis, une mission est en place, qui accompagnera le mouvement. En fait, nous n'attendrons pas une évaluation pour tirer des leçons : nous le ferons au fur et à mesure. La première échéance est en 2004. Un amendement va nous proposer de repousser le délai d'application au privé, de revoir, peut-être, en le raccourcissant, le délai pour le public. Vous le voyez, nous essayons de trouver les meilleurs équilibres possibles, sachant que nous ferons le point à la fin de 2004. Puis nous ferons également le point pour 2005. Je préfère prendre, devant vous, l'engagement de réaliser un bilan annuel au moment où nous préparerons la loi et les adaptations éventuelles, et nous verrons alors comment se sont passés les derniers mois, quelles sont les difficultés rencontrées, les établissements qui n'y arrivent pas et pourquoi ils n'y arrivent pas. C'est ainsi que nous progresserons.

Monsieur Evin, vous êtes suffisamment expérimenté pour savoir que de telles mesures n'ont pas leur place dans la loi. Nous avons les structures pour mener à bien cette évaluation, et il est de notre intérêt à tous de la faire. On ne peut pas naviguer à l'aveugle. Votre préoccupation est juste, mais il est difficile d'inscrire dans la loi qu'une évaluation aura lieu à une date donnée. Peut-être faudra-t-il la faire avant. Peut-être faudra-t-il la repousser d'un an parce que celle de 2005 nous aura rassurés. Je ne veux pas figer les choses, quoique j'aie les mêmes préoccupations que vous.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. Je constate que je ne vous aurai pas convaincu. Permettez-moi de vous le rappeler, nous étions tout à fait favorables à la mise en place de la tarification à l'activité. Vous ne pouvez pas ignorer, monsieur le ministre – ou si tel était le cas, vous commettriez une erreur –, que la mise en place soulève nombre d'inquiétudes, de craintes, fondées ou non.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. C'est vrai !

M. Yves Bur. C'est une révolution culturelle !

M. Claude Evin. Il ne suffit pas de dire « révolution culturelle ».

M. Jean-Marie Le Guen. On sait comment ça se termine !

M. Claude Evin. Monsieur Bur, nous souhaitons autant que vous – je ne dirai pas plus que vous – que la réforme aboutisse.

M. Yves Bur. Tout à fait !

M. Claude Evin. Mais, pour qu'elle aboutisse, il faut ne pas ignorer les résistances – certains diront les réticences – en tout cas les inquiétudes qui s'expriment tant dans le secteur public que dans le secteur privé. C'est d'ailleurs l'un des éléments paradoxaux de cette réforme : elle est demandée, attendue, et en même temps, elle soulève beaucoup d'inquiétudes dans les deux secteurs.

Je n'ai pas utilisé cet argument pour défendre mon amendement – qui est d'ailleurs aussi, à l'origine, celui de M. Préel –, mais vous n'ignorez pas qu'il répond à une préoccupation de l'ensemble des acteurs de l'hôpital public qui, avant de s'engager dans la réforme, souhaiteraient être assurés qu'une évaluation sera faite en 2005, pour pouvoir procéder à des ajustements en 2006 et en 2007.

Vous nous donnez un accord verbal. Si vous aviez accepté de l'inscrire dans la loi, vous auriez fait le signe qui était attendu. Vous ne l'avez pas souhaité, je n'ai sans doute pas été assez convaincant, M. Préel non plus, et je le regrette. Mais je ne voudrais pas que ce refus trahisse une méconnaissance des inquiétudes qui s'expriment et que l'on ne peut pas nier. Je ne dis pas qu'il faut toutes les prendre en considération, mais seulement qu'à trop les ignorer, vous risquez de commettre des erreurs. On peut, je le répète, souhaiter la mise en place de cette réforme, tout en essayant d'attirer l'attention sur les effets pervers et sur les précautions à prendre. C'est la raison d'être de ce débat.

Vous ne voulez pas l'entendre nos mises en garde – et je crains malheureusement que nous ayons à nouveau ce débat tout à l'heure à propos de l'accélération du calendrier – mais, si la réforme échoue, nous repartirons loin en arrière.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel. Il paraissait légitime de demander au ministre qu'une expérimentation ait lieu avant la mise en œuvre de la réforme, qui, on le voit bien, sera difficile, nécessitera sûrement des aménagements. Pour parvenir à cet indispensable consensus, il me paraît raisonnable d'inscrire dans la loi que l'on tiendra compte de l'évaluation.

On ne demande pas de fixer une date précise. Au contraire, je suis partisan d'une évolution qui pourrait même être plus rapide, mais il faudra tenir compte des difficultés.

Bien entendu, dans un an ou deux, le ministre nous proposera des modifications éventuelles, mais vous savez très bien que, pour faire passer la réforme, il est souhaitable qu'il n'y ait pas trop de réticences.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je suis parfaitement conscient des difficultés qu'évoquent M. Evin et M. Préel et entièrement d'accord avec ce qu'ils disent. La question n'est pas de convaincre ou de ne pas convaincre. Mais, sur le fond

il me semble que prendre une disposition législative fixant une date impérative, ce serait s'enfermer dans un processus beaucoup trop rigide.

L'idée qui est la mienne – et que je ne peux pas encore vous proposer sous forme d'amendement, car elle n'est pas totalement finalisée – serait de constituer un comité d'évaluation de la mise en place de la tarification à l'activité. Elle comprendrait les fédérations, les représentants des personnes impliquées et serait placée sous l'autorité de quelqu'un qui connaîtrait le sujet. C'est à cela que je réfléchis. A l'évaluation ponctuelle, je préfère le comité de suivi au long cours, car il faut être capable de réagir à tout moment. Je suis parfaitement conscient des difficultés, et M. Evin a raison, nous ne pouvons pas nous permettre de rater cette réforme, qui est extrêmement compliquée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 190.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, nos 76 et 204.

L'amendement n° 76 est présenté par M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et M. Morange, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général ; l'amendement n° 204 est présenté par M. Heinrich.

Ces amendements sont ainsi rédigés :

« Dans le premier alinéa de l'article 28, substituer à la date : "1^{er} mai 2004" la date : "1^{er} octobre 2004". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet important amendement permet de proposer de reporter la date d'application de la réforme sur la tarification à l'activité dans les établissements de santé privés. Le Gouvernement a d'ailleurs déposé un amendement à l'article 29, afin de tirer les conséquences de ce report, et cet amendement a été adopté par la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Cet amendement est l'occasion de souligner que le Gouvernement entend les appels à la prudence, qu'il entend les partenaires. Naturellement, il avait souhaité aller plus vite, mais, compte tenu des difficultés rencontrées, il donne un avis favorable à l'amendement de la commission.

M. le président. Je mets aux voix par un seul vote les amendements nos 76 et 204.

(Ces amendements sont adoptés.)

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 77, ainsi rédigé :

« Dans la dernière phrase du premier alinéa du I de l'article 28, substituer aux mots : "transmettent également, selon la même périodicité," les mots : "lui transmettent simultanément". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, rapporteur. Je propose que la transmission d'informations relatives à la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits facturés en sus soit effectuée simultanément.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 77. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 78, ainsi rédigé :

« Dans l'avant-dernier alinéa du I de l'article 28, substituer au mot : "clôturer" le mot : "clôre". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 78. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. M. Bur a présenté un amendement, n° 10, ainsi rédigé :

« I. – Dans la première phrase du premier alinéa du IV de l'article 28, substituer à l'année : "2014" l'année : "2010". »

« II. – En conséquence, procéder à la même substitution dans le premier alinéa du V de cet article. »

La parole est à M. Yves Bur.

M. Yves Bur. L'objectif de cet amendement est d'accélérer le processus de convergence entre l'hôpital public et l'hôpital privé. Nous sommes tous parfaitement conscients de la difficulté de mise en œuvre de cette réforme. Le fait même qu'elle ait mis plus de dix ans à se concrétiser témoigne de la difficulté et des réticences et désespoirs qu'elle peut susciter. Cette inquiétude, je crois que nous devons faire en sorte qu'elle puisse être atténuée par l'ensemble des acteurs de l'hôpital – de l'hôpital public comme de l'hôpital privé.

Beaucoup d'entre nous considèrent aussi que cette réforme, cette révolution pour l'ensemble des acteurs de l'hôpital – de l'hôpital public comme de l'hôpital privé – peut être une chance, et notamment pour les plus dynamiques, ceux dont notre pays a absolument besoin.

En accord avec les organisations représentatives des établissements, le Gouvernement aurait pu accélérer le mouvement, mais nous sommes persuadés que, passé un certain niveau de pourcentage de passage à la tarification à l'activité, 20 % à 30 %, les établissements se rendront compte d'eux-mêmes qu'ils n'auront pas d'autre choix que d'accélérer la réforme. Néanmoins, une formidable inquiétude se manifeste dans les hôpitaux privés, qui n'entendent pas être victimes d'une réforme trop lente et qui, compte tenu du maintien de la dotation globale, ont peur de se faire écrêter parce qu'ils auront été trop dynamiques.

C'est la raison pour laquelle nous proposons de raccourcir le délai, et de fixer la date de l'objectif de convergence à 2010. C'est une manière de marquer une véritable volonté politique, pour que l'hôpital se transforme et gagne en excellence.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet amendement a été repoussé par la commission, car il faut, monsieur Bur, tout simplement, respecter le temps nécessaire à la transi-

tion pour les hôpitaux publics. On ne peut pas non plus bousculer l'équilibre et le calendrier qui avaient été obtenus dans la négociation et la concertation.

M. le président. Le Gouvernement est du même avis ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Non, non, monsieur le président. Je suis très reconnaissant à la commission de s'en être tenue à ce qui avait été proposé par le Gouvernement, mais je ne suis pas insensible à la remarque de M. Bur.

Nous venons de prolonger le délai pour le secteur privé. Nous pourrions légitimement le raccourcir. Sur un délai de dix ans, vous proposez d'en enlever quatre monsieur Bur. Cela me paraît beaucoup. Je vous propose de rectifier votre amendement en remplaçant « 2010 » par « 2012 ». Nous gagnerons ainsi deux ans, ce qui serait plus raisonnable.

M. Claude Evin. Mais cet amendement concerne quels établissements ? Les établissements privés ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Il concerne les établissements publics !

M. Claude Evin. Il s'agit bien de la première phrase du premier alinéa du IV de l'article ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je rappelle à M. Evin que l'amendement propose de ramener le délai de convergence des tarifs des cliniques de 2014 à 2010.

M. Jean-Marie Le Guen. Oui, des cliniques !

M. Claude Evin. Ce sont donc bien les établissements privés !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Dans la mesure où l'on parle de convergence, les deux types d'établissement sont concernés.

Mme Muguette Jacquaint. Il n'y a pas de cliniques publiques !

M. Jean-Marie Le Guen. Ce sont les établissements privés !

M. le président. Monsieur Le Guen, afin que les choses soient claires, laissez le ministre s'exprimer.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Les choses sont claires. L'amendement de M. Bur modifie, dans son I, la première phrase du premier alinéa du IV de l'article 28. Cette première phrase concerne les établissements privés.

Le II de l'amendement, lui, modifie le premier alinéa du V de l'article. Et le V de l'article concerne les établissements publics.

L'amendement de M. Bur vise donc à raccourcir le délai de quatre ans aussi bien pour les établissements publics que pour les établissements privés.

Les choses sont donc tout à fait claires.

M. Jean-Marie Le Guen. D'accord.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Et quant à moi, je propose à M. Bur de rectifier son amendement afin de réduire le délai non pas de quatre ans mais de deux ans, et ce en remplaçant, dans le I comme dans le II de l'amendement, la date de "2010" par la date de "2012".

M. le président. Monsieur Bur, acceptez-vous la rectification proposée par le Gouvernement, qui consiste à substituer à l'année "2010" l'année "2012" ?

M. Yves Bur. Je l'accepte, bien que beaucoup de mes collègues préféreraient que l'on accélère encore le mouvement. Mais je veux aussi prendre en compte le fait que le Gouvernement accompagnera les établissements qui voudront aller plus rapidement. Je crois que ce sera une bonne chose.

M. le président. L'amendement n° 10 devient ainsi l'amendement n° 10 rectifié.

Dès lors, si j'ai bien compris, le Gouvernement est favorable à cet amendement n° 10 rectifié ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Oui.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 10 rectifié ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Si M. Bur a réussi à sensibiliser M. le ministre, comment pourrait-il en être autrement du rapporteur ? (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 10 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 28, modifié par les amendements adoptés.

M. Claude Evin. Le groupe socialiste vote contre.

(L'article 28, ainsi modifié, est adopté.)

M. le président. Chers collègues, je vous propose d'examiner les articles 29 et 30 – ils sont très courts – avant de lever la séance, car, à partir de l'article 31, nous changeons de sujet. Nous aurons ainsi traité le groupe d'articles homogène le plus difficile.

Article 29

M. le président. « Art. 29. – I. – En 2004, les dispositions relatives au financement des établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale s'appliquent dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi sous réserve des dispositions suivantes :

« A. – Par dérogation aux dispositions du troisième alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi, le montant des dotations régionales est fixé en tenant compte :

« a) Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, de l'activité constatée sur la base des informations produites en application de l'article L. 6113-7 du code de la santé publique et valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité et en tenant compte de l'évolution prévisionnelle de l'activité ;

« b) Pour les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation ainsi que pour celles des établissements mentionnés aux articles L. 174-5 et L. 174-15 du code de la sécurité sociale et de celles fixées en application des articles L. 6141-2, L. 6141-5 et L. 6141-7 du code de la santé publique, des informations produites en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique et des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire.

« B. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6145-1 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à la présente loi, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, dans le respect du montant de la dotation régionale limitative définie au A, pour chaque établissement de santé, le montant des dépenses autorisées pour l'exercice 2004 en tenant compte :

« a) Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, de l'activité de l'établissement valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité et de l'évolution prévisionnelle de l'activité et, le cas échéant, des orientations des schémas d'organisation sanitaire, des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;

« b) Pour les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation ainsi que pour celles des établissements mentionnés à l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale et de celles fixées en application de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, de l'évolution prévisionnelle de l'activité, des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et des priorités de la politique de santé, du projet d'établissement, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête au plus tard le 15 février, les autorisations de dépenses de l'établissement et les prévisions de recettes du budget de l'année et, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs des prestations mentionnés respectivement aux L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale.

« C. – Les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale institué par la présente loi, transmettent à échéances régulières, pour les activités mentionnées au même article, leurs données d'activités y compris celles relatives aux consultations externes. Ils transmettent également, selon la même périodicité, la consommation de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations figurant sur une liste arrêtée par l'État.

« Au vu de l'évolution de l'activité de l'établissement valorisée aux tarifs de référence nationaux par activité, l'État révisé, le cas échéant, le montant des dépenses autorisées et fixe le montant de la dotation globale et des tarifs de prestations dans le respect de la dotation régionale limitative prévue au A.

« II. – En 2004, les dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5, L. 162-22-7 et L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale s'appliquent dans leur rédaction antérieure à la présente loi sous réserve des dispositions suivantes :

« A. – Le II de l'article L. 162-22-2 est ainsi rédigé :

« II. – Un décret en Conseil d'État précise les modalités selon lesquelles, pour l'année 2004, sont déterminés les taux d'évolution des prestations afférentes aux activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie et les tarifs nationaux mentionnés au 5° de l'article L. 162-22-3 ainsi que les coefficients géographiques et les coefficients de transition mentionnés aux 6° et 7° de l'article L. 162-22-3 compatibles avec le respect de cet objectif. A cet effet, il est tenu compte notamment de l'évolution constatée des charges au titre des soins dispensés l'année précédente, des prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours et des changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, services ou activités des établissements

concernés. Les tarifs nationaux pour l'année 2004 sont calculés à partir des tarifs 2002, majorés de l'évolution des tarifs de l'année 2003, établis sur la base des tarifs moyens observés en regroupant par groupe homogène de séjour à partir des données d'activité et de facturation transmises par les établissements en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. »

« B. – Le I de l'article L. 162-22-3 est ainsi modifié :

« 1^o Aux 1^o, 2^o et 3^o, après les mots : "tarifs des prestations", sont insérés les mots : "des activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie" ;

« 2^o Il est inséré, après le 4^o, trois alinéas ainsi rédigés :

« 5^o Les tarifs nationaux des prestations des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;

« 6^o Les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus des établissements implantés dans des zones précises par l'accord afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée ;

« 7^o Les coefficients de transition moyens régionaux ainsi que les écarts maximums entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements de chaque région après affectation de leur coefficient de transition. Les coefficients de transition moyens régionaux pour 2004 sont déterminés de manière à ce que les recettes d'assurance maladie que les établissements de la région auraient perçues en 2003, en application du nouveau dispositif de tarification, soient égales, à activité identique à celle de l'année 2002, aux recettes d'assurance maladie des établissements de la région de l'année 2002 majorées du taux d'évolution moyen régional pour l'année 2003. Ils sont alors modulés de sorte que l'écart entre leur valeur et la valeur 1 soit réduit. »

« C. – L'article L. 162-22-4 est ainsi modifié :

« 1^o Au premier alinéa, après les mots : "des tarifs des prestations", sont ajoutés les mots : "des activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie" ;

« 2^o Il est inséré, après le deuxième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

« Cet accord détermine aussi les règles générales de modulation des coefficients de transition mentionnés au 7^o de l'article L. 162-22-3. »

« D. – Le premier alinéa du I de l'article L. 162-22-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les tarifs des prestations des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie sont calculés en appliquant le coefficient de transition et, le cas échéant, le coefficient de haute technicité propres à l'établissement aux tarifs nationaux des prestations affectés le cas échéant d'un coefficient géographique. Le coefficient de transition est déterminé pour 2004 de manière à ce que les recettes d'assurance maladie que l'établissement aurait perçues en 2003, en application du nouveau dispositif de tarification, soient égales, à activité identique à celle de l'année 2002, aux recettes d'assurance maladie qu'il a perçues l'année 2002 majorées du taux d'évolution de ses tarifs pour l'année 2003. Il est ensuite modulé de sorte que l'écart entre sa valeur et la valeur 1 soit réduit. Le coefficient de haute technicité est déterminé de manière à ce que les recettes d'assurance maladie que l'établissement percevait antérieurement à la mise en œuvre du nouveau dispositif de tarification au titre de la spécificité de ses

installations immobilières et mobilières, de ses équipements techniques et de la mise en œuvre de moyens humains particuliers nécessaires à la prise en charge de certains patients soient maintenues. »

« E. – L'article L. 162-22-7 est ainsi modifié :

« 1^o Dans la première phrase, les mots : "les taux d'évolution moyen des tarifs des prestations" sont remplacés par les mots : "les tarifs nationaux des prestations" ;

« 2^o La deuxième phrase est ainsi rédigée : "Cet arrêté détermine également les coefficients de transition moyens régionaux mentionnés au 7^o de l'article L. 162-22-3 qui peuvent être affectés aux tarifs des prestations des établissements selon les règles définies par l'accord mentionné à l'article L. 162-22-4 ainsi que les écarts maximums entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements de chaque région après affectation de leur coefficient de transition et les coefficients géographiques mentionnés au 6^o de l'article L. 162-22-3." »

M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n^o 79, ainsi rédigé :

« Dans la première phrase du premier alinéa du C du I de l'article 29, substituer aux mots : "institué par" les mots : "dans sa rédaction issue de". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, rapporteur. Amendement rédactionnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n^o 79. (*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n^o 360, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le II de l'article 29 :

« II. – En 2004, les dispositions des articles L. 162-22-2 à L. 162-22-5, L. 162-22-7 et L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale s'appliquent dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

« 1. – Les prestations d'hospitalisation des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie sont établies selon les modalités suivantes :

« a) En application des dispositions du 1^o de l'article L. 162-22-1 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, jusqu'au 30 septembre. Les tarifs de ces prestations sont fixés en application des dispositions de l'accord national, des accords régionaux et de l'arrêté mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-3, L. 162-22-4 et L. 162-22-7 susvisés et s'appliquent du 1^{er} mai au 30 septembre ;

« b) En application du 1^o de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la présente loi, à compter du 1^{er} octobre. Les tarifs de ces prestations sont fixés en application du II ci-dessous et s'appliquent à compter du 1^{er} octobre.

« 2. – A. – L'Etat fixe, au plus tard le 1^{er} septembre, dans le respect de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-2 susvisé, les éléments suivants :

« 1^o Les tarifs nationaux de prestations d'hospitalisation, y compris celles afférentes aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile ;

« 2° Les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

« 3° Les coefficients de transition moyens régionaux ainsi que les écarts maximum entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements de chaque région après affectation de leur coefficient de transition.

« Il fixe également, avant le 15 septembre, les règles générales de modulation des coefficients de transition mentionnés au 3° ci-dessus.

« B. – Les tarifs des prestations de chaque établissement sont fixés dans le cadre d'un avenant à son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ils sont calculés en appliquant le coefficient de transition et, le cas échéant, le coefficient de haute technicité propres à l'établissement aux tarifs nationaux des prestations affectés, le cas échéant, d'un coefficient géographique.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de calcul des éléments prévus aux 1° à 3° du A ainsi que les modalités de calcul du coefficient de transition et du coefficient de haute technicité applicable à chaque établissement. »

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. L'amendement n° 360 peut paraître compliqué, mais il ne fait que tirer les conséquences de l'amendement que nous avons voté tout à l'heure, repoussant au 1^{er} octobre la date d'entrée en vigueur des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 dans leur rédaction issue de l'article 28 de la présente loi pour les établissements de santé privés financés sous objectif quantifié national. Cela nécessite que le régime transitoire soit modifié.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet amendement n'a pas été examiné par la commission, mais, à titre personnel, j'y suis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 360.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements nos 80 et 81 de la commission n'ont plus d'objet.

M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 82, ainsi rédigé :

« Compléter l'article 29 par le paragraphe suivant :

« II *bis* – Pour l'année 2004, l'Etat fixe les conditions dans lesquelles certains médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent être pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées aux articles L. 162-22-1 et L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet amendement tend à compléter le dispositif transitoire s'agissant des médicaments et de certains dispositifs médicaux facturés en sus par les établissements de santé privés.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 82.
(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 29, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 29, ainsi modifié, est adopté.)

Article 30

M. le président. « Art. 30. – Après l'article L. 6133-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6133-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 6133-5. – Pendant une durée maximale de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2004, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut autoriser des groupements de coopération sanitaire à conduire une expérimentation portant sur les modalités de rémunération des praticiens hospitaliers et des médecins libéraux.

« Les médecins libéraux exerçant leur activité au sein des groupements autorisés à participer à l'expérimentation peuvent être rémunérés par l'assurance maladie sous la forme de financements forfaitaires dont le montant est fixé par décision conjointe du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Les praticiens hospitaliers peuvent être rémunérés dans des conditions dérogatoires de celles découlant de leur statut selon des modalités fixées par une convention conclue entre l'établissement public de santé membre du groupement autorisé à participer à l'expérimentation et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

« Seuls peuvent être autorisés à conduire une telle expérimentation les groupements de coopération comprenant au moins un établissement public de santé et un établissement de santé privé mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

« Ces groupements sont constitués en vue de réaliser l'un des objectifs suivants :

« 1° Remplir une mission de soins autorisée dans les conditions mentionnées à l'article L. 6133-1 ;

« 2° Constituer une équipe commune de professionnels médicaux exerçant son activité au bénéfice d'une mission de soins assurée par les établissements de santé membres du groupement.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges relatif aux modalités d'évaluation de ces expérimentations. »

MM. Préel, Jardé et Leteurtre ont présenté un amendement, n° 234, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 30. »

J'avais l'habitude de donner la parole à quelqu'un d'autre pour défendre les amendements de suppression. Mais pour une fois, madame Jacquaint, c'est M. Préel qui veut supprimer l'article. *(Sourires.)*

Vous avez la parole, monsieur Préel.

M. Jean-Luc Préel. Les amendements de suppression sont souvent des amendements bêtes et méchants quand on a des difficultés à amender, c'est une solution pratique.

Nous proposons de supprimer cet article car le groupement de coopération sanitaire ne regroupe pas des médecins, mais des établissements publics et privés.

M. Claude Evin. Des médecins aussi.

M. Jean-Luc Prével. Les honoraires des médecins doivent être négociés par les représentants des médecins. Il n'est pas normal...

M. Claude Evin. Vous faites erreur, monsieur Prével.

M. Jean-Luc Prével. Je suis troublé par un intervenant, monsieur le président.

M. Claude Evin. Oui, parce que vous faites une erreur, pardonnez-moi.

M. Jean-Luc Prével. Vous allez pouvoir exposer votre point de vue, monsieur Evin.

Il est inacceptable pour les médecins libéraux travaillant dans des institutions privées que leur rémunération puisse être expérimentée et négociée totalement en dehors d'eux, qui se retrouvent ainsi au rang de simples exécutants.

Ces expérimentations ne peuvent être menées que par les praticiens et les syndicats médicaux, seuls habilités à négocier les honoraires.

Il est inacceptable que les honoraires des médecins soient fixés par les directeurs de l'URCAM et de l'ARH. Ils doivent être, de notre point de vue, négociés par les caisses et les syndicats de médecins représentatifs.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, *rapporteur*. Amendement rejeté par la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je comprends très bien le discours de M. Prével, à ceci près qu'il m'inquiète un peu sur la capacité du privé à se marier avec le public et à coopérer avec lui. Sa manière de réagir à cet article me paraît quand même très partisane.

Mais la raison principale de mon avis défavorable est que le champ de l'expérimentation proposée par l'article ne concerne pas les médecins libéraux qui exerceraient en dehors d'un établissement de santé. Or les médecins libéraux sont libres de choisir d'aller travailler dans un établissement. Dès lors qu'ils font ce choix, ils acceptent les contraintes et les règles qui régissent le fonctionnement de cet établissement. Si celles-ci ne leur conviennent pas, ils sont libres de ne pas y aller.

M. le président. La parole est à M. Claude Evin.

M. Claude Evin. Sans entrer dans les détails, j'estime que l'article 30 complète très utilement les mesures relatives aux groupements de coopération sanitaire qui ont été adoptées il y a quelques semaines.

Si l'on souhaite améliorer la coopération entre les établissements publics et les établissements privés – et même avec des médecins libéraux qui n'interviennent pas dans les établissements privés –, il me semble tout à fait nécessaire d'expérimenter des modalités de rémunération particulières. Je rappelle en effet que les médecins libéraux exerçant dans les établissements privés sont rémunérés à l'acte, sous la forme d'honoraires, même si l'on peut rencontrer quelques cas où ils sont salariés.

L'orientation est donc positive. Mais elle reste, me semble-t-il, insuffisante. On peut certes considérer que les réseaux de santé pourront trouver un cadre juridique avec les groupements de coopération sanitaire. C'est, selon toute apparence, la position que vous avez adoptée, mon-

sieur le ministre : je ne la discuterai pas ici, bien que je ne sois pas tout à fait d'accord avec vous sur ce point, car j'estime qu'il y avait d'autres outils juridiques et je regrette que vous ayez décidé de les supprimer. Mais si vous considérez que les réseaux de santé – et non plus les seuls groupements de coopération sanitaire hospitaliers, si je puis dire – trouveront une de leurs bases juridiques dans les groupements de coopération sanitaire, il faut alors que vous alliez plus loin et que vous permettiez, comme le suggère d'ailleurs un amendement de la commission, que cela soit possible pour des professionnels paramédicaux. Eux aussi devraient pouvoir entrer dans ces structures, les modalités de leur rémunération faisant éventuellement l'objet d'expérimentations.

Je conclurai en soulignant que cette disposition est un des éléments d'ouverture et de fluidité de l'organisation de notre système de santé. Elle ne remet pas en cause, bien évidemment, l'intérêt des professionnels, car on sait bien qu'ils n'adhèrent à la constitution d'un groupement de coopération sanitaire, ou à un réseau de santé, que s'ils le choisissent.

On sait très bien qu'il y a des professionnels qui souhaitent entrer dans ce type de structures de coopération et qui se heurtent à des difficultés tenant aux différences de modalités de rémunération.

En résumé, l'article offre une solution qui n'est pas sans poser un certain nombre de problèmes, mais je trouve, à titre personnel, que c'est un outil dont il est intéressant de pouvoir disposer pour améliorer la coopération entre les différents types d'établissements.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour une brève intervention.

M. Jean-Marie Le Guen. Je serai très bref, monsieur le président. Si le ministre entend que les réseaux peuvent entrer dans ces structures, il faudra, à mon avis, procéder assez rapidement – surtout s'il y a une réforme de notre système de santé – à un balayage juridique des éléments les plus appropriés et les plus performants. Les réseaux auront des formes juridiques différentes mais aussi des formes de rémunération différentes, peut-être même des formes d'intéressement différentes. Vous voyez que je vais encore plus loin.

M. Jean-Luc Prével. Vous êtes un vrai libéral !

M. Jean-Marie Le Guen. Oh, je vous en démontrerais, sur ce terrain.

Il faudra donc, disais-je, que nous ayons une réflexion juridique. L'article 30 procède d'une bonne idée, une idée qui peut être intéressante, mais je ne suis pas sûr que toutes les données du problème soient prises en compte.

Ma deuxième remarque concerne la philosophie de la pratique médicale. Je voudrais en effet revenir sur la TAA, pour souligner un point qu'on n'a pas évoqué, ou que l'on n'a évoqué qu'indirectement : avec la TAA on fait entrer la pratique des professionnels de santé, salariés ou non – car ceux du privé ne sont pas forcément salariés –, dans la logique d'une rémunération à l'efficacité. Il faudra qu'on nous explique, ensuite, comment les professionnels libéraux ne peuvent à aucun moment envisager qu'une partie des moyens qui leur sont donnés directement ou indirectement n'aient pas un rapport avec l'efficacité. Plus de la moitié, j'allais dire les deux tiers des praticiens de ce pays – puisque deux tiers de nos médecins sont, à temps partiel ou à temps complet, dans des structures salariales et donc rattachés à des structures qui vont appliquer la TAA –, seront de fait dans des structures où leur activité sera en partie alimentée par des

éléments d'efficience économique. C'est un point important. Vous nous avez dit tout à l'heure, monsieur le ministre, que cela n'avait absolument rien à voir avec les lettres clés flottantes. Excusez-moi, mais les points ISA reportés dans la tarification, même modulés par d'autres paramètres, auront quand même un rapport avec l'efficience, un rapport vague, peut-être, mais un rapport certain. Mieux ils travailleront et plus ils seront rémunérés. Moins ils travailleront bien et moins ils seront rémunérés. Il y aura aussi un rapport avec la quantité d'actes qu'ils font.

Donc, je dirai que s'il faut incontestablement opérer une modernisation à l'hôpital ou à la clinique, je ne vois pas pourquoi les principes qui sont valables dans ce secteur ne le seraient pas également pour la médecine libérale.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 234.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Bur a présenté un amendement, n° 339, ainsi rédigé :

« I. – Dans le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 6133-5 du code de la santé publique, substituer au mot "peut" les mots : "et le directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie peuvent, sur décision conjointe, ". »

La parole est M. Yves Bur.

M. Yves Bur. Dès lors où la décision d'expérimentation concerne aussi les professionnels libéraux, il semble cohérent que le directeur de l'URCAM soit également consulté. Tel est l'objet de l'amendement n° 339.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Bruno Gilles, rapporteur. Cet amendement n'a pas été examiné par la commission. A titre personnel, j'y suis défavorable, car, même si je comprends l'objectif que poursuit M. Bur, il peut être atteint d'une autre façon. De plus, cet amendement ne prend pas en compte la convention conclue entre le directeur de l'ARH et l'établissement membre du groupement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Même avis que celui de la commission : défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 339.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 351, ainsi libellé :

« A. – Dans le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 6133-5 du code de la santé publique, substituer aux mots : "praticiens hospitaliers" les mots : "professionnels médicaux exerçant dans les établissements membres de ces groupements". »

« B. – En conséquence, rédiger ainsi le début de la dernière phrase du deuxième alinéa de cet article : "Les professionnels médicaux exerçant dans les établissements membres des groupements de coopération sanitaire peuvent être rémunérés dans des conditions dérogatoires à celles découlant de leur statut ou de leur contrat de travail selon les modalités..." *(Le reste sans changement.)* »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, rapporteur. L'article 30 prévoit la mise en place d'une expérimentation relative aux modalités de rémunération des praticiens dans le cadre de groupements de coopération sanitaire. Il serait utile et cohérent que cette expérimentation puisse porter sur les modalités de rémunération de l'ensemble des professionnels médicaux, quel que soit le fondement juridique de leur rémunération. Tel est l'objet de cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 351.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Gilles, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a présenté un amendement, n° 352 ainsi rédigé :

« A. – Dans la dernière phrase du deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 6133-5 du code de la santé publique, après le mot : "santé", insérer les mots : "ou l'établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale de financement". »

« B. – En conséquence, dans le troisième alinéa de cet article, après les mots "mentionné au", insérer les mots : "b, au c, et au". »

La parole est à M. le rapporteur.

M. Bruno Gilles, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 352.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 30, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 30, ainsi modifié, est adopté.)

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

SAISINE POUR AVIS D'UNE COMMISSION

M. le président. J'informe l'Assemblée que la commission des finances, de l'économie générale et du Plan a décidé de se saisir pour avis du projet de loi portant décentralisation en matière de revenu minimum d'insertion et créant un revenu minimum d'activité (n° 884).

3

**ORDRE DU JOUR
DE LA PROCHAINE SÉANCE**

M. le président. Ce soir, à vingt et une heures trente, troisième séance publique :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, n° 1106 :

MM. Pierre Morange, Bruno Gilles, Claude Gaillard et Mme Paulette Guinchard-Kunstler, rapporteurs au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (tomes I à V du rapport n° 1157) ;

M. François Goulard, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (avis n° 1156).

La séance est levée.

(La séance est levée à dix-neuf heures quarante.)

*Le Directeur du service du compte rendu intégral
de l'Assemblée nationale,*

JEAN PINCHOT

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL de la 2^e séance du jeudi 30 octobre 2003

SCRUTIN (n° 348)

sur l'amendement n° 126 de Mme Fraysse, après l'article 16 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (demande obligatoire d'inscription sur une liste de produits remboursables du médicament faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché).

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Nombre de votants | 50 |
| Nombre de suffrages exprimés | 50 |
| Majorité absolue | 26 |

| | |
|-----------------------|-----------|
| Pour l'adoption | 15 |
| Contre | 35 |

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe U.M.P. (364) :

Contre : 34 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votant : M. Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

Groupe socialiste (149) :

Pour : 11 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votant : M. Jean **Le Garrec** (président de séance).

Groupe Union pour la démocratie française (29) :

Contre : 1 membre du groupe, présent ou ayant délégué son droit de vote.

Groupe communistes et républicains (22) :

Pour : 4 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-inscrits (13).

SCRUTIN (n° 349)

sur l'amendement n° 125 de Mme Fraysse, après l'article 16 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (réforme de la procédure accélérée d'inscription sur la liste des médicaments remboursables).

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Nombre de votants | 39 |
| Nombre de suffrages exprimés | 39 |
| Majorité absolue | 20 |

| | |
|-----------------------|-----------|
| Pour l'adoption | 6 |
| Contre | 33 |

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe U.M.P. (364) :

Contre : 32 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votant : M. Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

Groupe socialiste (149) :

Non-votant : M. Jean **Le Garrec** (président de séance).

Groupe Union pour la démocratie française (29) :

Contre : 1 membre du groupe, présent ou ayant délégué son droit de vote.

Groupe communistes et républicains (22) :

Pour : 6 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-inscrits (13).

SCRUTIN (n° 350)

sur l'amendement n° 134 de Mme Fraysse tendant à supprimer l'article 18 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (extension de l'obligation de tiers payant à tous les établissements de santé).

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Nombre de votants | 39 |
| Nombre de suffrages exprimés | 39 |
| Majorité absolue | 20 |

| | |
|-----------------------|-----------|
| Pour l'adoption | 4 |
| Contre | 35 |

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe U.M.P. (364) :

Contre : 34 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votant : M. Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

Groupe socialiste (149) :

Non-votant : M. Jean **Le Garrec** (président de séance).

Groupe Union pour la démocratie française (29) :

Contre : 1 membre du groupe, présent ou ayant délégué son droit de vote.

Groupe communistes et républicains (22) :

Pour : 4 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-inscrits (13).

SCRUTIN (n° 351)

sur l'amendement n° 136 de Mme Fraysse tendant à supprimer l'article 20 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de santé).

| | |
|------------------------------------|-----------|
| Nombre de votants | 23 |
| Nombre de suffrages exprimés | 23 |
| Majorité absolue | 12 |

| | |
|-----------------------|-----------|
| Pour l'adoption | 4 |
| Contre | 19 |

L'Assemblée nationale n'a pas adopté.

ANALYSE DU SCRUTIN

Groupe U.M.P. (364) :

Contre : 18 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-votant : M. Jean-Louis **Debré** (président de l'Assemblée nationale).

Groupe socialiste (149) :

Non-votant : M. Jean **Le Garrec** (président de séance).

Groupe Union pour la démocratie française (29) :

Contre : 1 membre du groupe, présent ou ayant délégué son droit de vote.

Groupe communistes et républicains (22) :

Pour : 4 membres du groupe, présents ou ayant délégué leur droit de vote.

Non-inscrits (13).