

Le 19 octobre 2010

Commission des affaires sociales

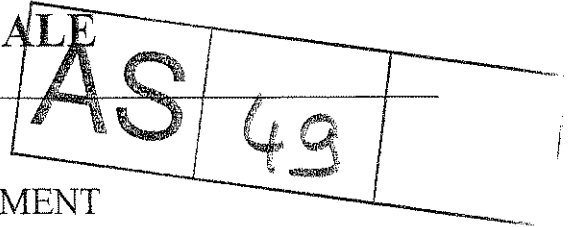
Projet de loi de financement de la sécurité sociale (2854)

Amendements reçus par la commission à l'expiration du délai de dépôt

Liasse 3■ (articles 34 à 40)

Rectifiée

NB : les amendements enregistrés et qui ont été déclarés irrecevables par le président de la commission ne sont pas diffusés.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 34

Au 3ème alinéa, après le mot :

«avis »

ajouter le mot :

« public »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Comme l'ensemble des avis émis d'ores et déjà par le comité d'alerte, il importe d'indiquer de manière explicite que l'avis rendu au plus tard le 15 octobre sur les réserves éventuelles sur les hypothèses sous-jacentes à l'ONDAM à venir doit être rendu public.
Cette précision est de nature à renforcer le poids de cet avis.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS	48	
----	----	--

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 34

Au 5ème alinéa, remplacer le mot :

« examine »

par le mot :

« contrôle »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le rapport Briet proposait un contrôle plutôt qu'un simple examen des hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM à venir par le comité d'alerte ; ce contrôle se traduisant en cas d'erreur manifeste par un avis explicitant ses réserves

Le présent amendement vise donc à transcrire de manière plus fidèle la proposition Briet, et à traduire pleinement le renforcement véritable souhaité du comité d'alerte et de son expertise sur l'évolution de l'ONDAM

PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Michel Issindou, Jean Mallot, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article 34

I. Au 5e alinéa, remplacer : la date « 15 octobre », par la date « 1er octobre ».

II. ajouter un 6e alinéa ainsi rédigé :

« Cet avis est rendu public et transmis au parlement. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à améliorer le présent article qui prévoit un deuxième avis du comité d'alerte qui jusqu'à présent en rendait un avis en avril.

Afin de permettre une meilleure information des parlementaires, l'amendement propose que l'avis soit rendu au 1er octobre, le PLFSS étant présenté dans ses grandes lignes fin septembre par le gouvernement, et que cet avis soit rendu public et transmis officiellement au parlement.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article 34

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« II. — Au premier aliéna de l'article L. 162-14-1-1, le chiffre
« trois » est substitué au chiffre « six ». »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Afin de donner plus de liberté à la vie conventionnelle, cet amendement tend à ramener de six à trois mois le délai préalable à l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles de revalorisation tarifaire. Ce délai s'ajoute au délai d'opposition d'un mois laissé aux syndicats et au délai de 21 jours laissé aux ministres pour approuver les conventions.

En effet, en créant les unions régionales des professions de santé, la loi HPST a profondément modifié les règles de représentativité de ces professions, et les délais nécessaires à sa mise en application conduisent à ce que les négociations conventionnelles ne puissent reprendre qu'au printemps 2011.

Or plusieurs professions n'ont pas vu leurs tarifs évoluer depuis plusieurs années. Il ne paraît donc pas justifié de retarder l'entrée en vigueur d'éventuelles revalorisations.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS	50	
----	----	--

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 35

Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article introduit une nouvelle règle de révision périodique de la nomenclature, plus particulièrement de la valeur des actes innovants.

La classification commune des actes médicaux, dite CCAM, a été mise en place en 2005, à l'issue de plus de dix ans de travaux. Elle constitue un énorme référentiel de plus de 7 500 actes techniques libellés, hiérarchisés et valorisés. Mais selon l'exposé des motifs, « une telle nomenclature, de par sa densité, est susceptible d'une obsolescence encore plus rapide que l'ancienne NGAP [nomenclature générale des actes professionnels] ou d'une absence de modification des conditions de réalisation de l'acte ». Une remise à jour régulière s'impose garantissant que l'assurance-maladie ne rembourse que des actes qui ont un service médical rendu « certain ».

À ce jour, les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'UNCAM, après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire – le ministre de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte pour des raisons de santé publique par arrêté. Mais surtout, il existe une structure ad hoc, la commission de hiérarchisation des actes professionnels (CHAP), composée des partenaires conventionnels, qui pilote le travail de classement des actes (en fonction de la durée, du coût réel supporté par les praticiens, de la charge de travail...). La profession est donc directement impliquée dans la classification des actes et in fine la grille tarifaire.

Avec la révision des nouveaux actes de la grille CCAM, le gouvernement pourrait non seulement remettre en cause le travail de la CHAP mais adosser lui-même la valeur des actes à des objectifs de maîtrise comptable.

A ce propos, le Président d'un grand syndicat de médecins libéraux a estimé que cet article pouvait permettre au gouvernement de passer outre les partenaires conventionnels pour fixer directement les tarifs », soit un « retour des lettres clés flottantes ».

ART.

AS	122	
----	-----	--

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre

Article 35

~~Article 35 de la loi de la sécurité sociale~~

Au 2ème alinéa, après les mots « fait l'objet d'un examen », insérer les mots « après avis de la commission de hiérarchisation des actes professionnels CHAP ».

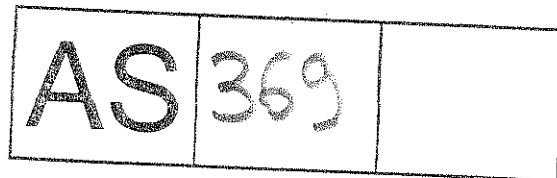
Exposé des motifs :

Il est judicieux de revoir régulièrement la hiérarchisation des actes professionnels mais celle-ci nécessite l'avis de la commission ad hoc, qui est composée des partenaires conventionnels, très concernés par cette hiérarchisation.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par MM. Jean Leonetti et Yves Bur

Article additionnel



Après l'article 35, insérer l'article suivant :

« Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° À la fin de la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7, après les mots : « caisses d'assurance maladie », sont insérés les mots : « et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation » ;

« 2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 162-1-13, après les mots : « professionnels de santé », sont insérés les mots : « et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation » ;

« 3° Dans la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 162-15, après les mots : « pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire », sont insérés les mots : « et aux représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ». »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l'UNCAM le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux. Les fédérations hospitalières ne sont ni consultées ni parfois même informées des discussions engagées dans ce cadre.

Pourtant, le secteur hospitalier est véritablement concerné, dans la mesure où ces discussions ont un impact dans la construction du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et sa valorisation dans la tarification à l'activité (T2A), qui repose sur la classification commune des actes médicaux (CCAM) technique.

En outre, la valorisation des actes médicaux a des conséquences directes sur les choix d'exercice des médecins entre une pratique dans le secteur libéral et une pratique à l'hôpital public. Ceci est d'autant plus vrai que la loi HPST permet aux médecins libéraux d'être employés dans les établissements publics de santé.

Il est donc proposé que les mesures conventionnelles, qui ont des répercussions significatives pour le pilotage et la gestion des établissements de santé, puissent faire l'objet d'un avis préalable des fédérations hospitalières publiques et privées, dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse du ministre chargé de la sécurité sociale.

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2011

Amendement présenté par Jean-Marie Rolland

Article additionnel après l'article 35

Au « Livre préliminaire »
Dispositions communes ,
Il est ajouté un titre 2

ainsi libellé :

« Participation des professionnels de santé hospitaliers à la hiérarchisation des actes médicaux et participation des organismes représentant les établissements de santé à la négociation aux prestations remboursables et à la hiérarchisation des actes »

du code de la sécurité sociale

A l'article L.162-1-7 au deuxième alinéa, est ajouté après Caisse d'Assurance maladie « des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

A l'article L.162-1-13 est ajouté à la fin du premier paragraphe « et des représentants des fédérations représentatives de l'hospitalisation ».

Exposé des motifs

La loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l'UNCAM le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux. Les fédérations hospitalières ne sont ni consultées ni parfois même informées des discussions engagées dans ce cadre.

Pourtant, le secteur hospitalier est véritablement concerné, dans la mesure où ces discussions ont un impact dans la construction du PMSI et sa valorisation dans la T2A qui repose sur la CCAM technique.

En outre, la valorisation des actes médicaux a des conséquences directes sur les choix d'exercice des médecins entre une pratique dans le secteur libéral et une pratique à l'hôpital public.

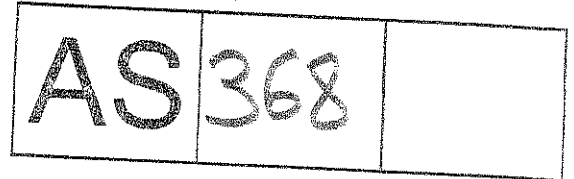
Ceci est d'autant plus vrai que la loi HPST du 21 juillet 2009 permet aux médecins libéraux d'être employés dans les établissements publics de santé.

Il est donc proposé que les mesures conventionnelles, qui ont des répercussions significatives pour le pilotage et la gestion des établissements de santé, puissent faire l'objet d'un avis préalable des fédérations hospitalières publiques et privées, dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse du ministre chargé de la Sécurité sociale.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par MM. Jean Leonetti et Yves Bur

Article additionnel



Après l'article 35, insérer l'article suivant :

« Le premier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« « Les fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privée sont également consultées par l'Union nationale des caisses d'Assurances maladie sur les dispositions conventionnelles susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l'UNCAM le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux. Les fédérations hospitalières ne sont ni consultées ni parfois même informées des discussions engagées dans ce cadre.

Pourtant, le secteur hospitalier est véritablement concerné, dans la mesure où ces discussions ont un impact dans la construction du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et sa valorisation dans la tarification à l'activité (T2A), qui repose sur la classification commune des actes médicaux (CCAM) technique.

En outre, la valorisation des actes médicaux a des conséquences directes sur les choix d'exercice des médecins entre une pratique dans le secteur libéral et une pratique à l'hôpital public. Ceci est d'autant plus vrai que la loi HPST permet aux médecins libéraux d'être employés dans les établissements publics de santé.

Il est donc proposé que les mesures conventionnelles, qui ont des répercussions significatives pour le pilotage et la gestion des établissements de santé, puissent faire l'objet d'un avis préalable des fédérations hospitalières publiques et privées, dans le cadre des concertations précédant le mécanisme d'approbation tacite ou d'opposition expresse du ministre chargé de la sécurité sociale.

Amendement

Présenté par : Michèle Delaunay, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreux, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article 35

Le Ministre chargé de la santé soumet à l'avis de la Haute Autorité de Santé l'inscription du second avis des experts anatomopathologistes sur la liste des actes médicaux pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie établie selon les modalités définies par l'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

Le diagnostic anatomopathologique est, dans nombre de spécialités, et en premier lieu en cancérologie, la clé de voûte de la décision thérapeutique et de la définition de la stratégie de prise en charge. Il requiert une certitude absolue, laquelle n'est pas toujours aisée à établir en raison de la variété des formes anatomopathologiques.

Une étude récente* montre qu'un « second avis » est demandé dans environ 1% des cas : un prélèvement sur 100 soumis aux pathologistes est l'objet d'un doute suffisant pour imposer l'avis d'un expert.

Dans l'état actuel, les experts anatomopathologistes n'ont que deux possibilités. Soit ils ne demandent pas de règlement pour la consultation de « second avis » qui leur est demandée, et, dans ce cas, ils portent tort à l'évaluation de leur activité et de celle de leur service, car il s'agit le plus souvent de pathologistes hospitaliers ; soit ils demandent le règlement de leur acte et c'est alors le pathologiste qui a sollicité leur avis qui doit assurer ce règlement. Il s'agit là d'une situation aberrante et unique en médecine, puisque dans toute autre spécialité, l'avis du spécialiste est pris en charge par l'assurance maladie.

Le taux de 1% évoqué ci-dessus est faible, et cela assure que le coût pour l'assurance sociale resterait dans des limites très acceptables au regard du bénéfice attendu. En effet, un diagnostic pathologique erroné, et en particulier un diagnostic non adéquat de cancer, génère la mise en oeuvre d'une suite de traitements et d'hospitalisations extrêmement coûteux qui, grâce à une seconde lecture, peuvent dans un nombre de cas non négligeable être évités. Les données de l'étude précédemment citée démontrent que sur 3769 documents anatomopathologiques adressés aux experts aquitains, 90 % correspondaient à une pathologie cancéreuse. Dans un nombre non négligeable de ces cas une modification radicale des choix thérapeutiques a été décidée à la lecture de ce deuxième avis, augmentant de ce fait les chances de guérison du patient. Parfois, une discordance entre pathologie maligne et pathologie bénigne a été redressée. On comprend ainsi le bénéfice considérable de cette deuxième lecture par un expert qui est bien souvent un expert

* Bulletin du Cancer Vol.96 n° 5, mai 2009, L'impact des avis diagnostiques donnés en anatomie pathologie

d'organes, et dont l'avis est obligatoirement plus précis que celui d'un pathologiste « généraliste ».

Ce bénéfice est bien évidemment d'abord humain car il correspond à un grand nombre d'années de vie gagnées pour les malades, à une meilleure adaptation des traitements ; c'est aussi un bénéfice financier car dans nombre de cas, des séquences thérapeutiques déployées sur des mois ou des années et pouvant atteindre des millions d'euros sont évitées.

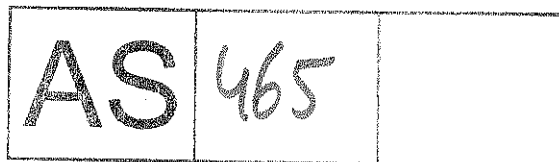
En regard de cela, le coût de l'examen de l'expert qui est de l'ordre de 100 euros peut être considéré comme dérisoire. Il faut bien sûr encadrer le nombre de second avis remboursés pour chaque structure d'anatomopathologie que l'on peut, après concertation avec ces laboratoires, déterminer aux alentours de 1 % de l'activité de chacun. Sans cette décision, et si par exemple le second avis était facturée au patient lui-même sans remboursement, nous arriverions à une situation extrêmement choquante dans laquelle seuls les malades en ayant les moyens pourraient bénéficier de la certification de leur diagnostic.

L'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale permet au Ministre en charge de la santé de procéder d'office par arrêté à l'inscription d'un acte dans la liste des actes pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de Santé. La saisine de la HAS sur la question du remboursement du second avis des experts anatomopathologistes permettrait d'éclairer une éventuelle décision du Ministre dans ce sens.

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Yves Bur,
rapporteur pour l'équilibre général et les recettes**

Article additionnel



Après l'article 36, insérer un article ainsi rédigé :

I. – La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Après le mot : « logiciels », sont insérés les mots suivants : « intègrent les recommandations et avis mentionnés au onzième alinéa de l'article L. 161-37, » ;

2° Après les mots : « montant total de la prescription », sont insérés les mots suivants : « , d'indiquer l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques ».

II. – L'article L. 162-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 21° Le cas échéant, le montant et les conditions d'attribution d'une aide à l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié suivant la procédure prévue à l'article L. 161-38. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à favoriser la diffusion et le suivi des recommandations et avis médico-économiques de la Haute Autorité de santé (HAS) et à inciter les médecins à prescrire dans le répertoire des génériques.

A cette fin, il rend obligatoire l'intégration de ces informations dans les logiciels d'aide à la prescription certifiés. Ainsi, le contenu de ces logiciels sera cohérent avec les orientations du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). En outre, pour favoriser l'utilisation de ces logiciels, l'amendement prévoit que la convention médicale pourra instituer un dispositif d'aide à leur acquisition.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur,
rapporteur pour l'équilibre général et les recettes

AS	466	
----	-----	--

Article additionnel

Après l'article 36, insérer un article ainsi rédigé :

I. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 21° ainsi rédigé :

« 21° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est liée à l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. »

II. – L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière versée est liée à l'atteinte des objectifs par le centre de santé. »

III. – L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces propositions sont accompagnées également d'un bilan détaillé de la mise en œuvre du 21° de l'article L. 162-5 et du 9° de l'article L. 162-32-1. Ce bilan présente les engagements souscrits par les professionnels, analyse l'exigence des objectifs retenus et présente le taux d'atteinte de ces objectifs. Il indique les critères retenus pour l'attribution de la rémunération versée et le montant moyen de cette rémunération. Il évalue les économies résultant pour l'assurance maladie de l'atteinte des objectifs susmentionnés.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement poursuit un double objet :

– intégrer le CAPI dans le champ conventionnel, ce qui nourrira les négociations à venir et permettra de généraliser la démarche de paiement des médecins à la performance ;

– renforcer l'information du Parlement sur l'exigence des objectifs fixés aux praticiens, et sur les économies réalisées.

Ces deux mesures sont liées : il ne faut pas que la généralisation du CAPI, par son intégration dans les conventions, conduise à le rendre moins ambitieux. Par ailleurs, il serait utile que le parlement dispose d'un bilan annuel des économies permises par le CAPI.

ASSEMBLÉE NATIONALE

15 octobre 2010

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT présenté par
Valérie BOYER



[Contrat d'engagement de service public]

Article additionnel après l'art. 36

I. L'article L.632-6 du code de l'éducation est ainsi modifié :

1° Au cinquième alinéa, après le mot : « médecins » sont insérés les mots : « ou les étudiants ».

2° Au cinquième alinéa, les mots : « dont le montant égale les » sont remplacés par les mots : « dont le montant dégressif est au plus égal aux ».

3° Le cinquième alinéa est complété par les mots suivants : « Le recouvrement de cette indemnité est assuré, pour les médecins, par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le médecin exerce à titre principal et pour les étudiant par le Centre national de gestion. ».

II. Le premier alinéa de l'article L.136-5 du code de la sécurité est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La contribution portant sur l'allocation mentionnée à l'article L. 632-6 du code de l'éducation est précomptée par le centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; elle est recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de la sécurité sociale assises sur les rémunérations. »

Exposé des motifs

La loi « hôpital, patients, santé, territoires » a introduit le dispositif du contrat d'engagement de service public prévoyant une allocation aux étudiants ou aux médecins jusqu'à la fin de leurs études en contrepartie de l'engagement d'exercer en zone déficitaire médicalement.

Toutefois, certaines dispositions n'ont pas été prévues par la loi HPST, à savoir :

- le remboursement par des allocations perçues au titre du contrat de service public pour les étudiants qui décideraient de se dégager de leurs obligations avant la fin de leurs études ;
- les modalités de recouvrement des sommes perçues au titre de ce contrat lorsque l'étudiant ou le médecin décide de se dégager de son obligation. Il est proposé que les caisses primaires d'assurance maladie soient chargées de recouvrer ces sommes,
- le fait que le précompte de la CSG soit réalisé par le centre national de gestion (CNG) qui verse l'allocation mensuelle ;
- la dégressivité du montant de l'indemnité due par l'étudiant ou le médecin lorsqu'il a décidé de se dégager de ses obligations.

L'objet de cet amendement est donc de réparer ces oublis.

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR
2011

Amendement présenté par Jean-Marie Rolland

Article additionnel *après 36*

I- Le 6ème alinéa de l'article L. 1111-2 du code la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

" Les pathologies chroniques susceptibles d'être prises en charge au domicile des patients donnent lieu à la publication de recommandations de bonnes pratiques".

II- Au 9ème alinéa de l'article L161-37 du code de la sécurité sociale, insérer après "émet" la phrase suivante :

"notamment en ce qui concerne les pathologies chroniques susceptibles d'être prises en charge au domicile des patients ".

Exposé sommaire

Il est essentiel que la HAS établisse des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information des patients atteints de maladies chroniques nécessitant des traitements au long cours. Cette information s'inscrit dans le cadre du parcours de soins et vise à renforcer l'implication du patient dans le choix de l'option thérapeutique.

Dans le droit fil des orientations définies par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, ces référentiels permettrait de soutenir le développement des modes de prises en charge alternatifs à l'hospitalisation.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

ARTICLE ADDITIONNEL

36

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

Compléter l'alinéa 2 de l'article L1111-3 du Code de la santé publique par la phrase suivante:

« L'arrêté précité fixe également à 15% la limite que le dépassement ne peut en aucun cas excéder pour les actes techniques. »

EXPOSE SOMMAIRE

Cet amendement reprend une des préconisations du Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'avril 2007 « Les dépassements d'honoraire médicaux » qui envisage, parmi ses propositions le plafonnement de tout dépassement d'honoraires, notamment à 15% s'agissant des actes techniques.

ART.



ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel après l'article 36
Après l'article 36, insérer l'article suivant

I. – Le quatrième alinéa de l'article L. 1142-15 du code de la santé publique est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque la personne responsable des dommages est un professionnel de santé, l'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre ce professionnel de santé ou, le cas échéant, son assureur, sauf dans les cas suivants : soit le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, soit les plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance en application des dispositions du troisième alinéa de l'article L. 1142-2 du présent code sont dépassés. »

« Lorsque la personne responsable des dommages est une personne morale, l'office est subrogé, à concurrence des sommes versées, dans les droits de la victime contre cette personne morale ou, le cas échéant, son assureur, sauf dans le cas où le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré.

« Dans tous les cas où l'office est subrogé dans les droits de la victime il peut en outre obtenir remboursement des frais d'expertise. »

II. – Après l'article L. 1142-15 du même code, il est inséré un article L. 1142-15-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1142-15-1. – Lorsqu'un professionnel de santé régi, au moment des faits, par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 du même code, est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime et que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 est épuisée ou que le délai de validité de la couverture d'assurance garantie par les dispositions du cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré, l'office institué à l'article L. 1142-22 est substitué à l'assureur et il n'est pas subrogé dans les droits de la victime contre le professionnel de santé ou ses héritiers ».

Exposé des motifs

L'objectif de ces amendements est de faire en sorte qu'il n'y ait pas de risque d'absence de garantie du fait d'une couverture assurantielle insuffisante.

L'objectif est également de couvrir les médecins au-delà des 10 ans après l'arrêt d'activité et d'interdire l'action récursoire de l'ONIAM contre le médecin ou ses ayants droits, en cas de dépassement de ce délai ou des garanties allouées.

ART.

AS	176	
	N°	

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prétel et Claude Leteurre

Article additionnel

après l'article 36

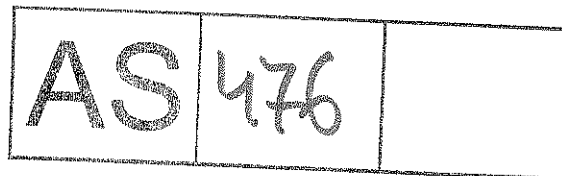
Après l'article  insérer l'article suivant

L'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique est abrogé.

Exposé des motifs

L'objectif de ces amendements est de faire en sorte qu'il n'y ait pas de risque d'absence de garantie du fait d'une couverture assurantielle insuffisante.

L'objectif est également de couvrir les médecins au-delà des 10 ans après l'arrêt d'activité et d'interdire l'action récursoive de l'ONIAM contre le médecin ou ses ayants droits, en cas de dépassement de ce délai ou des garanties allouées.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article additionnel après l'article 36

A l'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique, après les mots : « anesthésie-réanimation, », sont insérés les mots suivants :

« ou lorsque qu'une sage-femme régie au moment des faits par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale et exerçant dans un établissement de santé, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

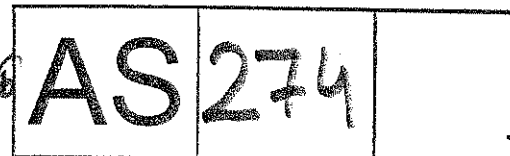
Cet amendement vise à étendre aux sages-femmes le bénéfice du dispositif adopté l'an dernier, dans la loi de financement, qui prévoit la substitution de l'ONIAM au professionnel dont la responsabilité civile est mise en cause dans deux cas : lorsqu'il a cessé son activité depuis plus de dix ans, et lorsque l'indemnité qu'il est condamné à payer entraîne son insolvabilité. Cette mesure se justifie d'autant plus que le présent projet de loi tend à renforcer les responsabilités des sages-femmes, dans le cadre des maisons de naissance.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Catherine Lemorton, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Génisson, Jean Mallot, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Michel Liebgott, Christian Hutin, Michel Issindou, Martine Carrillon-Couvreux, Laurence Dumont, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Danielle Hoffman-Rispal, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article 36



36

APRES L'ARTICLE 36, insérer l'article suivant :

À l'article L1161-1 du code de la santé publique, au troisième alinéa, après les mots :
"...contact direct...", ajouter les mots suivants : "...ou indirect..."

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à renforcer le principe général d'interdiction de tout contact direct ou indirect des laboratoires pharmaceutiques avec les patients en matière d'éducation thérapeutique.

Un récent rapport, a montré combien l'éducation thérapeutique est un élément important de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des patients, plus particulièrement dans le cadre de maladies chroniques : il faut encourager et développer cette approche qui conjugue plusieurs aspects, tels que l'éducation du patient pour sa santé, l'éducation du patient à sa maladie et les actions d'éducation liées au traitement préventif et curatif. Il est important de bien distinguer « l'observance » ou l'accompagnement des traitements que peut mener l'industrie pharmaceutique concernant ses médicaments, et l'éducation thérapeutique, qui n'a rien à voir.

Si le rôle de l'industrie pharmaceutique est bien reconnu comme essentiel pour l'innovation et la mise au point des médicaments, on doit cependant bien distinguer l'éducation thérapeutique d'un moyen de développer des politiques promotionnelles.

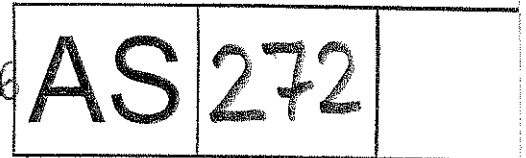
Comme le détaille la revue Pharmaceutiques (septembre 2008), dans l'article intitulé « Promotion du médicament : quelles perspectives à l'horizon 2012 ? », les programmes d'accompagnement des patients répondent à une véritable stratégie marketing, à travers le mix- promotionnel, combinaison de la promotion des produits avec des services associés. Il en découle que les programmes d'éducation thérapeutique mis en place par les laboratoires pharmaceutiques revêtiront davantage un objectif commercial qui consiste à fidéliser les patients à la marque du médicament qu'un objectif d'amélioration de la qualité des soins et du bon usage du médicament. Or, pour garantir une éducation thérapeutique de qualité, il est primordial que le patient soit préservé de tout contact de nature promotionnelle, comme le souligne le rapport IGAS de décembre 2007 consacré à « l'encadrement des programmes d'accompagnement des patients associés à un traitement médicamenteux, financés par les entreprises pharmaceutiques ».

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Catherine Lemorton, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Génisson, Jean Mallot, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Michel Liebgott, Christian Hutin, Michel Issindou, Martine Carrillon-Couvreux, Laurence Dumont, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Danielle Hoffman-Rispal, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article 36



36

APRES L'ARTICLE ■, insérer l'article suivant :

À l'article L1161-3 du code de la santé publique, à la fin du premier alinéa, ajouter la phrase suivante :

« Il est interdit pour une entreprise pharmaceutique de conduire tout contact personnalisé et toute démarche directe d'information, de formation ou d'éducation à destination du public relative à un médicament prescrit. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à établir un principe général d'interdiction de tout contact direct ou indirect des laboratoires pharmaceutiques avec les patients en matière d'éducation thérapeutique.

L'article 84 de la loi HPST, a permis d'inscrire l'éducation thérapeutique dans le code de la santé publique. Toutefois elle fait l'objet d'une rédaction bien trop floue qui n'apporte pas suffisamment de garantie d'une bonne application pour le bien des malades.

Un récent rapport, a montré combien l'éducation thérapeutique est un élément important de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des patients, plus particulièrement dans le cadre de maladies chroniques : il faut encourager et développer cette approche qui conjugue plusieurs aspects, tels que l'éducation du patient pour sa santé, l'éducation du patient à sa maladie et les actions d'éducation liées au traitement préventif et curatif.

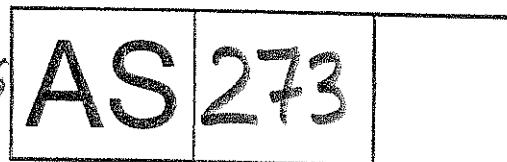
Il est important de bien distinguer « l'observance » ou l'accompagnement des traitements que peut mener l'industrie pharmaceutique concernant ses médicaments, et l'éducation thérapeutique.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Catherine Lemorton, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Génisson, Jean Mallot, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Michel Liebgott, Christian Hutin, Michel Issindou, Martine Carrillon-Couvreux, Laurence Dumont, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Danielle Hoffman-Rispal, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article 36



Après l'article ³⁶■, insérer l'article suivant :

À l'article L1161-4 du code de la santé publique, supprimer la dernière phrase.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à renforcer le principe général d'interdiction de tout contact direct ou indirect des laboratoires pharmaceutiques avec les patients en matière d'éducation thérapeutique.

Un récent rapport, a montré combien l'éducation thérapeutique est un élément important de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des patients, plus particulièrement dans le cadre de maladies chroniques : il faut encourager et développer cette approche qui conjugue plusieurs aspects, tels que l'éducation du patient pour sa santé, l'éducation du patient à sa maladie et les actions d'éducation liées au traitement préventif et curatif. Il est important de bien distinguer « l'observance » ou l'accompagnement des traitements que peut mener l'industrie pharmaceutique concernant ses médicaments, et l'éducation thérapeutique, qui n'a rien à voir.

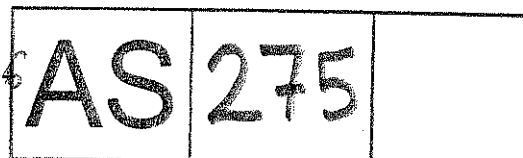
Si le rôle de l'industrie pharmaceutique est bien reconnu comme essentiel pour l'innovation et la mise au point des médicaments, on doit cependant bien distinguer l'éducation thérapeutique d'un moyen de développer des politiques promotionnelles. Comme le détaille la revue Pharmaceutiques (septembre 2008), dans l'article intitulé « Promotion du médicament : quelles perspectives à l'horizon 2012 ? », les programmes d'accompagnement des patients répondent à une véritable stratégie marketing, à travers le mix- promotionnel, combinaison de la promotion des produits avec des services associés. Il en découle que les programmes d'éducation thérapeutique mis en place par les laboratoires pharmaceutiques revêtiront davantage un objectif commercial qui consiste à fidéliser les patients à la marque du médicament qu'un objectif d'amélioration de la qualité des soins et du bon usage du médicament. Or, pour garantir une éducation thérapeutique de qualité, il est primordial que le patient soit préservé de tout contact de nature promotionnelle, comme le souligne le rapport IGAS de décembre 2007 consacré à « l'encadrement des programmes d'accompagnement des patients associés à un traitement médicamenteux, financés par les entreprises pharmaceutiques ».

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Catherine Lemorton, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Génisson, Jean Mallot, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Michel Liebgott, Christian Hutin, Michel Issindou, Martine Carrillon-Couvreux, Laurence Dumont, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Danielle Hoffman-Rispal, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article 36



APRES L'ARTICLE ³⁶■, insérer l'article suivant :

À l'article L1161-5 du code de la santé publique, au troisième alinéa, après les mots : "...contact direct...", ajouter les mots suivants : "...ou indirect..."

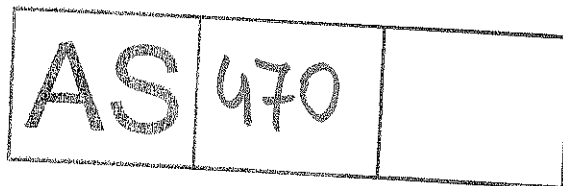
EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à renforcer le principe général d'interdiction de tout contact direct ou indirect des laboratoires pharmaceutiques avec les patients en matière d'éducation thérapeutique.

Un récent rapport, a montré combien l'éducation thérapeutique est un élément important de l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des patients, plus particulièrement dans le cadre de maladies chroniques : il faut encourager et développer cette approche qui conjugue plusieurs aspects, tels que l'éducation du patient pour sa santé, l'éducation du patient à sa maladie et les actions d'éducation liées au traitement préventif et curatif. Il est important de bien distinguer « l'observance » ou l'accompagnement des traitements que peut mener l'industrie pharmaceutique concernant ses médicaments, et l'éducation thérapeutique, qui n'a rien à voir.

Si le rôle de l'industrie pharmaceutique est bien reconnu comme essentiel pour l'innovation et la mise au point des médicaments, on doit cependant bien distinguer l'éducation thérapeutique d'un moyen de développer des politiques promotionnelles.

Comme le détaille la revue Pharmaceutiques (septembre 2008), dans l'article intitulé « Promotion du médicament : quelles perspectives à l'horizon 2012 ? », les programmes d'accompagnement des patients répondent à une véritable stratégie marketing, à travers le mix- promotionnel, combinaison de la promotion des produits avec des services associés. Il en découle que les programmes d'éducation thérapeutique mis en place par les laboratoires pharmaceutiques revêtiront davantage un objectif commercial qui consiste à fidéliser les patients à la marque du médicament qu'un objectif d'amélioration de la qualité des soins et du bon usage du médicament. Or, pour garantir une éducation thérapeutique de qualité, il est primordial que le patient soit préservé de tout contact de nature promotionnelle, comme le souligne le rapport IGAS de décembre 2007 consacré à « l'encadrement des programmes d'accompagnement des patients associés à un traitement médicamenteux, financés par les entreprises pharmaceutiques ».



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article additionnel

Après l'article 36, insérer un article ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il organise le développement des activités de dialyse à domicile. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à encourager le développement de la dialyse à domicile, dont le coût est inférieur de près de 40 % au prix de l'hémodialyse en centre, comme l'a montré le rapport de la CNAMTS sur les produits et les charges de l'assurance maladie pour 2010.

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

AS	181	
----	-----	--

2011

n°2854

Amendement présenté par Guy Lefrand

Article additionnel après l'article

36

Le 7ème alinéa de l'article L. 1434-9 du code la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

" Ces autorisations veillent à développer les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation".

Exposé sommaire

Le présent amendement vise à encourager le développement de la prise en charge à domicile des patients.

Le développement du domicile constitue une source de bien-être pour les patients qui retrouvent davantage d'autonomie. C'est aussi une source d'économies pour l'assurance maladie.

A titre d'exemple, en matière d'insuffisance rénale chronique terminale (35 000 patients), la CNAMTS évalue à 155 millions d'euros par an le montant des économies réalisables si le taux des patients traités à domicile passait de 8 % (taux moyen national en 2009) à 25% (taux de la région Franche-Comté).

Les directeurs généraux d'ARS devront donc favoriser le développement de la prise en charge à domicile dans le cadre des autorisations qu'ils délivrent pour mettre en oeuvre et atteindre les objectifs fixés par les SROS.

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR
2011

Amendement présenté par Jean-Marie Rolland

Article additionnel *ap* ~~34~~ **36**

Le 7ème alinéa de l'article L. 1434-9 du code la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

" Ces autorisations veillent à développer les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation".

Exposé sommaire

Le présent amendement vise à encourager le développement de la prise en charge à domicile des patients.

Le développement du domicile constitue une source de bien-être pour les patients qui retrouvent davantage d'autonomie. C'est aussi une source d'économies pour l'assurance maladie.

A titre d'exemple, en matière d'insuffisance rénale chronique terminale (35 000 patients), la CNAMTS évalue à 155 millions d'euros par an le montant des économies réalisables si le taux des patients traités à domicile passait de 8 % (taux moyen national en 2009) à 25% (taux de la région Franche-Comté).

Les directeurs généraux d'ARS devront donc favoriser le développement de la prise en charge à domicile dans le cadre des autorisations qu'ils délivrent pour mettre en oeuvre et atteindre les objectifs fixés par les SROS.

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreux, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL

³⁶
APRES L'ARTICLE , insérer l'article suivant :

Après le premier alinéa de l'article L. 4113-13 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions conclues entre les membres des professions médicales et les entreprises ou établissements mentionnés au premier alinéa doivent être rendues publiques. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à créer un nouvel article afin de renforcer et d'étendre la transparence de l'information en matière de santé en permettant au patient, comme à n'importe quel citoyen, de connaître l'existence de liens entre les médecins et les entreprises hors du simple cadre de la communication publique. L'ensemble de la convention, le contenu, n'a pas à être rendu public, seule l'existence du lien unissant le médecin à l'entreprise doit être mentionnée.

Cet amendement reprend celui présenté lors de l'examen du PLFSS pour 2009 lors la discussion au Sénat, où il avait été adopté puis finalement rejeté en commission mixte paritaire.

ART.

AS	153 N°	
----	-----------	--

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prél et Claude Leteurre

Article additionnel après l'article ● 36

Insérer l'article suivant :

« Compléter l'article L.4211-1 du code la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« La dispensation de médicaments effectuée sous la responsabilité d'un pharmacien d'officine avec déconditionnement et reconditionnement individualisé et sécurisé ne correspond pas à une nouvelle AMM. »

Exposé des motifs :

La préparation par le pharmacien d'officine conformément à une ordonnance individuelle de préparation des doses de médicaments administrés (PDA) correspond à un progrès au niveau de la sécurité.

Cependant, aujourd'hui, il existe des interprétations contradictoires au niveau juridique, certains jugements considérant que le déconditionnement et le reconditionnement devraient nécessiter une nouvelle AMM.

Or les décrets et circulaires prévus depuis le printemps ne sont pas encore sortis...

ART.

AS	160 N°	
----	-----------	--

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel après l'article ● 36

Insérer l'article suivant :

« Compléter l'article L.4211-1 du code la santé publique par un alinéa ainsi rédigé :

« - Les piluliers permettant la préparation des doses de médicaments administrés (PDA) pour les personnes âgées dépendantes à domicile peuvent être préparés en officine, les modalités seront définies par décret pris en Conseil d'Etat. »

Exposé des motifs :

Les personnes âgées dépendantes à domicile sont souvent poly-médicamentées, des erreurs dans la prise de médicaments sont fréquentes, conduisant à des complications, à des hospitalisations, qu'il convient d'éviter.

La préparation des piluliers permettant la PDA constitue une amélioration dans la sécurité de la dispensation.

La préparation doit se faire sous la responsabilité du pharmacien dans un local adapté, les conditions seront définies par texte réglementaire.

La préparation pourrait être rémunérée dans le cadre d'une convention passée avec les caisses dans le cadre d'un acte pharmaceutique permettant l'amélioration des pratiques.

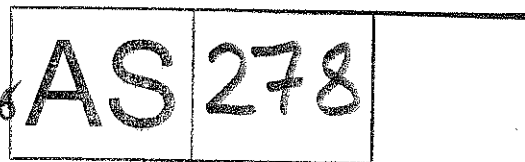
Une puce électronique peut permettre au médecin traitant ou coordinateur de mieux surveiller la dispensation.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Catherine Lemorton, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Génisson, Jean Mallot, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Michel Liebgott, Christian Hutin, Michel Issindou, Martine Carrillon-Couvreur, Laurence Dumont, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Danielle Hoffman-Rispal, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article 36



³⁶
APRES L'ARTICLE 36, insérer l'article suivant :

A l'article L5121-10 du code de Santé Publique supprimer la phrase suivante :

« Le demandeur de cette autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de la demande. »

Exposé des motifs

Le rapport de l'enquête de la Commission Européenne sur le fonctionnement de la concurrence dans le secteur de l'industrie pharmaceutique a clairement mentionné les interventions des laboratoires princeps auprès des organismes d'autorisation de mise sur le marché comme des outils visant à retarder l'arrivée d'un concurrent générique.

L'examen des contentieux rapportés permet de constater que les revendications des laboratoires princeps, fondées dans seulement 2% des cas, ont conduit à des retards dans la mise sur le marché des spécialités génériques.

Il conviendrait donc de s'assurer que le niveau d'information délivré aux titulaires des droits de propriété intellectuelle ne soit pas propice à ce type d'intervention.

L'article L 5121-10 du Code de Santé Publique prévoit l'information du titulaire des droits de PI au moment de la soumission du dossier d'AMM puis l'information du titulaire de l'AMM de la spécialité de référence au moment de la délivrance de l'AMM générique.

Depuis la rédaction de l'avenant n°2 de l'accord cadre du 13 juin 2003, l'exploitant de la spécialité de référence est également informé par le CEPS de la demande de prix pour une spécialité générique.

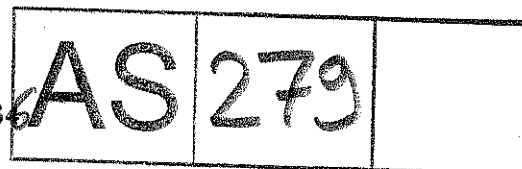
Ce triple niveau d'information paraît excessif et il s'avèrerait nécessaire, pour réduire l'intervention des laboratoires princeps au cours des demandes d'agrément des spécialités génériques, de supprimer l'information au moment du dépôt de la demande d'AMM.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Catherine Lemorton, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Génisson, Jean Mallot, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Michel Liebgott, Christian Hutin, Michel Issindou, Martine Carrillon-Couvreux, Laurence Dumont, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Danielle Hoffman-Rispal, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article 36



36

APRES L'ARTICLE 36, insérer l'article suivant :

A l'article L5121-10 du code de Santé Publique supprimer la phrase suivante :

« Préalablement à cette commercialisation, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité générique informe le directeur général de l'agence des indications, formes pharmaceutiques et dosages de la spécialité de référence pour lesquels les droits de propriété intellectuelle n'ont pas expiré. »

Exposé des motifs

Le rapport de l'enquête de la Commission Européenne sur le fonctionnement de la concurrence dans le secteur de l'industrie pharmaceutique a clairement mentionné les interventions des laboratoires princeps auprès des organismes d'autorisation de mise sur le marché comme des outils visant à retarder l'arrivée d'un concurrent générique.

L'examen des contentieux rapportés permet de constater que les revendications des laboratoires princeps, fondées dans seulement 2% des cas, ont conduit à des retards dans la mise sur le marché des spécialités génériques.

Il conviendrait donc de s'assurer que le niveau d'information délivré aux titulaires des droits de propriété intellectuelle ne soit pas propice à ce type d'intervention.

L'article L 5121-10 du Code de Santé Publique prévoit l'information du titulaire des droits de PI au moment de la soumission du dossier d'AMM puis l'information du titulaire de l'AMM de la spécialité de référence au moment de la délivrance de l'AMM générique.

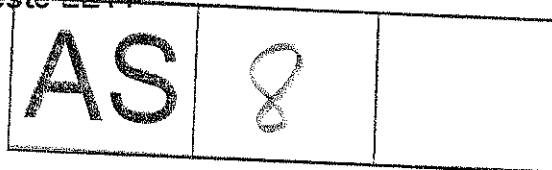
Depuis la rédaction de l'avenant n°2 de l'accord cadre du 13 juin 2003, l'exploitant de la spécialité de référence est également informé par le CEPS de la demande de prix pour une spécialité générique.

Ce triple niveau d'information paraît excessif et il s'avèrerait nécessaire, pour réduire l'intervention des laboratoires princeps au cours des demandes d'agrément des spécialités génériques, de supprimer l'information au moment du dépôt de la demande d'AMM.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Céleste LETT

Article additionnel



36

Après l'article 36, insérer l'article suivant :

I.- Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 5125-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Une officine peut, par un contrat écrit, confier la préparation de piluliers, en vue de leur fourniture conformément aux dispositions de l'article L. 5126-6-1, à un établissement pharmaceutique autorisé à fabriquer des médicaments. Cette activité de sous-traitance fait l'objet d'un rapport annuel transmis par le pharmacien responsable de l'établissement pharmaceutique au directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Cette activité est réalisée en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5. »

2° Après le huitième alinéa de l'article L. 5126-2, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé peut confier, par un contrat écrit, la préparation des piluliers à un établissement pharmaceutique autorisé à fabriquer des médicaments. Cette activité est réalisée en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5. »

II.- À l'article L. 162-17-1-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « conditionnements appropriés », il est inséré les mots : « ou unitaires, en cas de recours aux piluliers préparés par des établissements pharmaceutiques autorisés à fabriquer des médicaments, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à permettre aux pharmaciens en charge de la dispensation des médicaments, qu'ils soient en officines ou dans une pharmacie à usage intérieur, de dispenser des piluliers hebdomadaires, dont ils auraient confié la fabrication, par un contrat de sous traitance, à un établissement pharmaceutique dûment autorisé.

Cette sous-traitance contribuerait ainsi au bon usage du médicament évitant ainsi les conséquences coûteuses de l'iatrogénie médicamenteuse, à la rationalisation des dépenses de santé de certains patients en ALD et, enfin, à l'amélioration des pratiques liées à la qualité de la préparation des doses à administrer.

Pratiquée avec succès depuis de nombreuses années en Allemagne, cette sous-traitance serait ainsi à l'origine d'importantes économies pour l'assurance maladie.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article additionnel

Après l'article 36, insérer un article ainsi rédigé :

La première phrase de l'article L. 5125-15 du code de la santé publique est ainsi rédigée :

« Le nombre de licences prises en compte pour l'application des conditions prévues des conditions prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 5125-11 à l'issue d'un regroupement d'officines dans la même commune ou dans des communes limitrophes est le nombre de d'officines regroupées. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement tend à clarifier les règles d'application des quotas d'officines pharmaceutiques définies par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

En effet, afin d'inciter les officines à se regrouper, cet article a prévu un dispositif dit « de sauvegarde », qui consiste à sécuriser l'opération de regroupement contre l'implantation d'une nouvelle officine au titre d'une des licences libérées, en comptabilisant ces licences pendant au moins cinq ans dans l'application des quotas de répartition des officines.

Toutefois, ce dispositif comporte des imprécisions qui ont donné lieu à des interprétations divergentes, notamment sur le point de savoir si la licence issue du regroupement devait être comptabilisée elle aussi. Il est ainsi arrivé que lorsque deux officines se regroupent, elles soient comptabilisées non comme deux pharmacies, mais comme trois, pour l'application des quotas.

Il est donc proposé de préciser la rédaction de ce dispositif.

Projet de loi

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 - (n° 2854)

Amendement n°
présenté par Guy MALHERBE

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE

36

I -A l'article 5125-15 du Code de la Santé Publique, la première phrase du quatrième alinéa est rédigé comme suit :

« A la suite d'un regroupement dans la même commune, le nombre de licences prises en compte au sein de la commune où s'effectue le regroupement reste identique, pour appliquer les conditions prévues aux deux premiers alinéas de l'article L.5125-11. »

EXPOSE SOMMAIRE

Afin d'inciter aux regroupements d'officines de pharmacie et, par suite, de conduire à une réduction du nombre d'officines excédentaires au regard des règles de quotas régissant leur implantation, l'article L.5125-15 du Code de la Santé Publique, relatif aux regroupements d'officines de pharmacie, a prévu un dispositif de sauvegarde à l'effet de sécuriser l'opération de regroupement contre l'éventuelle implantation d'une nouvelle officine dans la commune de regroupement à la suite des licences libérées dans le cadre du regroupement. Aussi, a-t-il été prévu de prendre en compte, pour l'application des règles de quotas au sein de la commune de regroupement, les licences libérées à l'issue du regroupement et ce pendant une durée d'au minimum cinq ans.

Pour autant, cette disposition a donné lieu à des interprétations divergentes conduisant pour certaines à comptabiliser, pour l'application des règles de quotas dans la commune de regroupement, tout à la fois les licences antérieurement attachées aux officines regroupées, au sens propre les « licences libérées », mais aussi la licence issue du regroupement. Or, ce raisonnement, qui méconnaît les dispositions légales en ce qu'il ajoute à ces dernières, conduit à prendre en compte, notamment dans l'hypothèse du regroupement de deux officines, non pas deux licences, c'est-à-dire les licences libérées par le regroupement, mais trois licences, dès lors que la licence de regroupement est comptabilisée en sus des deux licences antérieures libérées à l'issue du regroupement. Situation d'autant plus illogique qu'elle aboutit fictivement à comptabiliser trois licences au lieu des deux licences antérieures au regroupement.

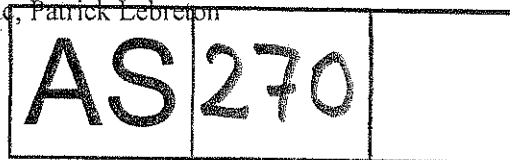
Aussi apparaît-il nécessaire, pour mettre fin à ces divergences d'interprétation, de clarifier le dispositif de sauvegarde prévu à l'article L.5125-15 qui, en toute logique doit conduire, pour l'application des règles de quotas dans la commune de regroupement, à comptabiliser un nombre de licences strictement identique à celui qui existait avant le regroupement, ceci ayant tout à la fois pour effet de sécuriser le regroupement au regard de l'éventuelle implantation d'une nouvelle officine dans la commune de regroupement et de n'apporter aucune modification par rapport au nombre de licences antérieurement comptabilisées pour l'application des règles de quotas, un regroupement ne pouvant en aucun cas avoir pour effet de conduire, contre toute logique, à comptabiliser pendant la période de « gel des licences » qui s'ensuit un nombre de licences supérieur à celui antérieur au regroupement.

C'est le sens du présent amendement.

PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011
Amendement

Présenté par : Catherine Lemorton, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Génisson, Jean Mallot, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Michel Liebgott, Christian Hutin, Michel Issindou, Martine Carrillon-Couvreux, Laurence Dumont, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Danielle Hoffman-Rispal, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliag, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article 36



APRES L'ARTICLE ■■, insérer l'article suivant :

36

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

« 6° Met en œuvre, en liaison avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, avant le 1er janvier 2011, un répertoire des équivalents thérapeutiques. Ce répertoire a pour objet de lister, par classe thérapeutique, les spécialités de référence, leurs spécialités génériques ainsi que les spécialités considérées comme équivalents thérapeutiques conformément au 17° de l'article L.5121-1 du présent code. Il comprend pour chacune des spécialités recensées, des données relatives à la situation au regard du remboursement, du prix public et du coût moyen de traitement. Un décret fixe les conditions dans lesquelles ce répertoire est rendu gratuitement accessible au public. »

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

« 17° Equivalent thérapeutique d'une spécialité de référence, celle dont la structure chimique est proche de la spécialité de référence, qui bénéficie d'un mode ou un mécanisme d'action similaire et du même mode d'administration que la spécialité de référence pour les indications qu'elles ont en commun. Une spécialité est considérée comme un équivalent thérapeutique d'une spécialité de référence dès lors qu'elle apporte le même effet thérapeutique, quelque soit son dosage, et présente un profil de sécurité similaire. Ne peuvent être considérées comme équivalents thérapeutiques d'une spécialité de référence que les spécialités pharmaceutiques qui n'apportent pas, pour l'indication commune, d'amélioration en terme d'efficacité ou de tolérance selon le niveau d'amélioration du service médical rendu apprécié par la commission mentionnée à l'article R. 163-15 du code de la sécurité sociale. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à lutter contre les stratégies de contournement de prescription des génériques. Il est ainsi proposé que l'AFSSAPS et l'Assurance maladie mettent au point un répertoire plus large que les répertoire des génériques, qui correspondrait à un répertoire des équivalents thérapeutiques, d'ici au 1er janvier 2011.

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

Cette situation s'explique notamment par le champ trop étroit du répertoire des génériques, liste des médicaments génériques et de leur princeps, établie par l'Afssaps, et utilisée d'une part, par les pharmaciens pour exercer la substitution et d'autre part, par les médecins pour prescrire des génériques. En effet, ce répertoire a atteint aujourd'hui ses limites : si le taux de pénétration des génériques, a fortement progressé ces dernières années, la part des prescriptions dans le répertoire a tendance à stagner. Le HCAAM, dans son avis actualisé sur le médicament du 25 septembre 2008, explique cette stagnation par le fait que *"la prescription – largement du fait de la pression commerciale des laboratoires – se déplace vers les produits "hors répertoire" et donc encore sous brevet"*. Or ces molécules de contournement ne sont pas plus efficaces que les médicaments génériques, mais coûtent beaucoup plus cher à la collectivité.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Catherine Lemorton, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Génisson, Jean Mallot, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Michel Liebgott, Christian Hutin, Michel Issindou, Martine Carrillon-Couvreux, Laurence Dumont, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Danielle Hoffman-Rispal, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article

36

AS	269	
----	-----	--

À la fin du premier paragraphe de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale, il est inséré la phrase suivante : « Elle veille aussi à ce que les sites informatiques qui ne sont pas encore certifiés dédiés à la santé affichent sur leur page d'accueil des hyperliens vers les sites informatiques publics français dédiés à la santé et aux médicaments. »

Exposé des motifs

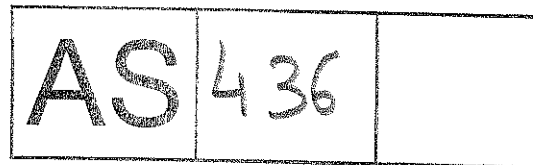
Cette mesure vise à traduire une des préconisations du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments ».

La Haute Autorité est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé. Il est souhaitable que les sites non certifiés soient tenus de faire figurer sur leur page d'accueil des liens vers les sites institutionnels d'information en santé (AFSSAPS, HAS, INPES, CEPS, caisses d'assurance maladie...). Cela doit contribuer à assurer l'information en santé des patients et des professionnels de santé la plus complète et la plus fiable.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

Article additionnel



Après l'article 36, insérer l'article suivant :

« I.— Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 21° ainsi rédigé :

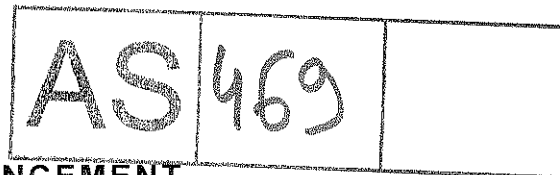
« « 21° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements individualisés peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. »

« II.— Après le 8° de l'article L. 162-32-1 du même code, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« « 9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements individualisés du centre de santé peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière au centre de santé est fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci. ». »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Afin de renforcer le succès déjà rencontré par le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), l'objet du présent amendement est de permettre aux syndicats représentatifs de toutes les professions de santé de participer à l'élaboration des objectifs individuels et de rémunérations associées à leur atteinte. Négociés par les partenaires conventionnels, ces engagements individuels feraient ainsi partie intégrante du champ conventionnel et deviendraient un outil utile à l'accompagnement des stratégies conventionnelles. Ces engagements feraient l'objet d'un suivi individuel et donneraient lieu à une rémunération individuelle en cas d'atteinte des objectifs.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article additionnel

Après l'article 36, insérer un article ainsi rédigé :

L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 21° ainsi rédigé :

« 21° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est liée à l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement tend à permettre à la convention médicale de prévoir un dispositif de rémunération des médecins à la performance. Une telle rémunération, unanimement considérée comme nécessaire à la modernisation de l'offre de soins de premier recours, n'est aujourd'hui possible que sur la base de contrats souscrits individuellement par les médecins, les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI).

Cet amendement vise ainsi à ce que les dispositions actuellement contenues dans les CAPI puissent être reprises dans la convention médicale, et donc négociées entre l'UNCAM et les syndicats reconnus représentatifs à l'issue des élections aux unions régionales des professions de santé (URPS).

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel

Après l'article ■, insérer l'article suivant

36

Après le dernier alinéa de l'article L162-5 du Code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

21° Le contenu et les contreparties financières liées aux engagements individuels de médecins conventionnés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

Exposé des motifs

Une diversification des modes de rémunération des médecins est souhaitable. A côté du paiement à l'acte qui doit rester prépondérant et de forfaits liés à certaines missions ou fonctions, un paiement lié à la performance pourrait être introduit à la condition qu'il soit du domaine conventionnel.

Or aujourd'hui, le contrat d'amélioration des pratiques (CAPI), ne concerne qu'un quart des médecins généralistes et exclut les médecins spécialistes.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreux, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel

36

Après l'article  insérer l'article suivant :

« Le II de l'article L 162-5-13 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II – Les médecins autorisés à pratiquer, en vertu des conventions prévues à l'article L 162-5, des honoraires supérieurs aux tarifs qu'elles fixent doivent effectuer au minimum cinquante pour cent de leur activité au tarif fixé par la convention dont ils relèvent. »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à restreindre les dépassements d'honoraires. Alors que les pouvoirs publics ne font rien concernant les dépassements d'honoraires, alors que dans le même temps l'accès aux soins diminue pour les personnes les plus fragiles, il convient de prendre des mesures urgentes.

Cet article additionnel propose, en particulier pour certaines régions médicalement défavorisées, que les médecins exerçant en « secteur 2 » effectuent au moins 50% de leur activité au tarif fixé par la convention

La volonté affichée de la Ministre de la santé de lutter contre ces dépassements lors de l'examen de la loi HPST n'a été suivie d'aucune mesure concrète.

Un « secteur optionnel », dont on parle depuis des années, devrait voir le jour suite aux prochaines négociations conventionnelles, mais il ne règlera pas du tout le problème des dépassements d'honoraires, bien au contraire.

L'article 35 du présent texte prévoit d'améliorer l'inscription de tout nouvel acte dans la classification commune des actes médicaux (CCAM). C'est une bonne chose, mais pour lutter contre les dépassements d'honoraires il conviendrait de revaloriser certains actes, notamment de chirurgie, et donc de revoir la classification commune des actes médicaux (CCAM).

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prél et Claude Leteurtre

Article additionnel

Après l'article ●, insérer l'article suivant

36

Le I de l'article L162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale est supprimé.

Exposé des motifs

Il est proposé de supprimer la période d'observation de 6 mois, majorée des délais de concertation (au moins 2 mois supplémentaires) avant l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires des professionnels de santé libéraux.

Cette disposition décrédibilise les acteurs conventionnels et constitue un frein à la négociation.

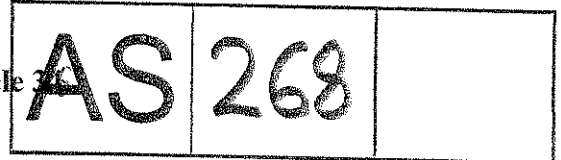
De plus, elle enlève souplesse et réactivité au dispositif conventionnel notamment pour résoudre les éventuelles périodes de conflit et de crise.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Catherine Lemorton, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Génisson, Jean Mallot, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Michel Liebgott, Christian Hutin, Michel Issindou, Martine Carrillon-Couvreux, Laurence Dumont, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Danielle Hoffman-Rispal, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article 36



36

APRES L'ARTICLE 36, insérer l'article suivant :

Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Afin de bien déterminer l'amélioration du service médical rendu, l'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'essais cliniques versus des stratégies thérapeutiques pour la ou les mêmes pathologies. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cette mesure vise à traduire une des préconisations du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments ».

L'appréciation de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) détermine le niveau de prix du médicament mais aussi l'admission au remboursement pour les médicaments qui n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu mais qui apportent une économie dans le coût du traitement médicamenteux. Or, actuellement, l'appréciation de l'ASMR est le plus souvent fondée sur la seule comparaison du médicament avec un placebo et dans moins de la moitié des cas sur une comparaison avec des comparateurs.

Cependant, une majorité des médicaments qui sont évalués par la Commission de la transparence de la Haute Autorité de santé n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu (58 % en 2005, 54 % en 2006).

Dans le but de privilégier l'admission au remboursement des médicaments qui apportent une réelle ASMR, il est donc souhaitable que l'appréciation de l'ASMR soit fondée non seulement sur une comparaison avec un placebo mais également sur des essais cliniques contre comparateurs, lorsqu'ils existent, afin de mesurer la valeur ajoutée thérapeutique.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

ARTICLE ADDITIONNEL

36
APRÈS L'ARTICLE 36, insérer l'article suivant :

« Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « L'inscription sur la liste est subordonnée à la réalisation d'un essai clinique contre comparateurs, lorsqu'ils existent ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Aujourd'hui, l'appréciation de l'amélioration du service médical rendu d'un médicament, préalable à la détermination du prix du médicament et de son admission au remboursement par l'assurance maladie de la Sécurité sociale est fondée dans moins de la moitié des cas sur une comparaison avec des « comparateurs ».

La plupart du temps, celle-ci ne s'effectue que par une simple comparaison du médicament avec un placebo, ce qui ne nous paraît pas suffisant.

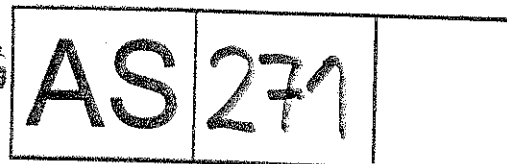
Nous souhaitons, pour que service médical rendu soit réellement apprécié, que la comparaison se fasse avec un autre médicament actif sur la même pathologie.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Catherine Lemorton, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Génisson, Jean Mallot, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Michel Liebgott, Christian Hutin, Michel Issindou, Martine Carrillon-Couvreur, Laurence Dumont, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Danielle Hoffman-Rispal, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article 34



36

APRES L'ARTICLE ■, insérer l'article suivant :

L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par l'alinéa suivant :

« La Haute autorité de santé tient à jour, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État, une liste des médicaments classés selon le niveau d'amélioration du service médical rendu pour chacune de leurs indications. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cette mesure vise à traduire une des préconisations du rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments » adopté par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, le 30 avril 2008.

L'appréciation de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) détermine le niveau de prix du médicament mais aussi l'admission au remboursement pour les médicaments qui n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu mais qui apportent une économie dans le coût du traitement médicamenteux.

Dans un but d'aide à la décision ainsi que de transparence et d'analyse des remboursements de médicaments selon leur ASMR, il est donc souhaitable d'établir une liste des médicaments classés par niveau d'ASMR.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

Article additionnel après l'article

36

Rédiger ainsi le 4^{ème} alinéa de l'article L162-17-3 du code de la sécurité sociale :

« Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'Etat en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre parlementaires désignés conjointement par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat, quatre représentants désignés par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, trois représentants des caisses nationales d'Assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire, quatre représentants désignés par les organisations hospitalières publiques et privées les plus représentatives. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le 4^{ème} alinéa de l'article L162-17-3 du code de la sécurité sociale prévoit déjà que le comité économique des produits de santé comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'Etat, quatre représentants de l'Etat, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Cet amendement prévoit de renforcer le contrôle démocratique du comité en y intégrant des parlementaires. Les décisions du comité pouvant avoir des répercussions sur le budget des établissements de santé, il prévoit également d'y intégrer des représentants des fédérations hospitalières privées et publiques.

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel après l'article ● 36

Insérer l'article suivant :

« Il est inséré au code de la sécurité sociale un article L.162-31-2, ainsi rédigé :

« Art L.162-31-2. – L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut autoriser à compter du 1er janvier 2009, pour une période n'excédant pas trois ans, de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais d'anesthésie et de chirurgie ambulatoire d'actes chirurgicaux exercés dans un cabinet libéral en dehors d'un établissement de santé.

Cette autorisation prévoit un cahier des charges : qualité des soins, convention entre le cabinet médical et un établissement de santé pour la prise en charge d'éventuelles complications.

Le montant des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférents aux frais de transports entrant dans le champ de cette expérimentation est pris en compte dans les objectifs de dépenses mentionnés aux articles L.162-22-9 du code de la sécurité sociale». »

Exposé des motifs :

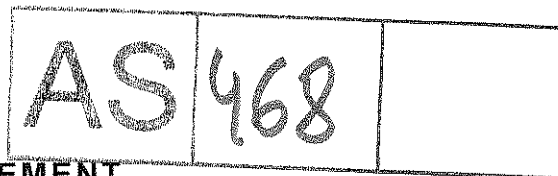
Depuis quelques années se développe la chirurgie de la cataracte en cabinet libéral.

En effet, la technique de la chirurgie de la cataracte (et de son anesthésie) a considérablement évolué depuis les quinze dernières années, passant d'une chirurgie sous anesthésie générale en hospitalisation complète, à une chirurgie réalisable sous anesthésie locale permettant d'alléger les contraintes de structure.

De nombreux pays étrangers ont développé une chirurgie extrahospitalière, notamment sous forme de « centres autonomes ». La CNAMTS est favorable au développement de ce mode de prise en charge qui a démontré son efficience. Elle a adressé à la Haute Autorité de Santé un cahier des charges décrivant l'environnement nécessaire pour la chirurgie de la cataracte extrahospitalière. L'intérêt du présent amendement est de permettre la prise en charge de l'activité de la chirurgie ambulatoire de la cataracte en milieu extrahospitalier, et son financement dans le cadre de l'objectif des dépenses d'Assurance maladie commun au MCO.

D'autres actes chirurgicaux (actes d'endoscopie, actes de chirurgie dermatologique...) peuvent être concernés sur proposition des professionnels de santé après avis conforme de la Haute autorité de santé.

Une convention entre le cabinet libéral et un établissement de santé public ou privé devra être établie permettant la prise en charge de l'opéré en cas de complications.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article additionnel

Après l'article 36, insérer un article ainsi rédigé :

L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière versée est liée à l'atteinte des objectifs par le centre de santé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement tend à permettre à l'accord national régissant les rapports entre l'assurance maladie et les centres de santé de prévoir un dispositif de rémunération de ces centres à la performance. Une telle rémunération, unanimement considérée comme nécessaire à la modernisation de l'offre de soins de premier recours, n'est aujourd'hui possible que sur la base de contrats souscrits individuellement par les médecins, les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI).

Cet amendement vise ainsi à ce que les dispositions actuellement contenues dans les CAPI puissent être reprises dans l'accord national, et donc négociées entre l'UNCAM et les organisations représentatives des centres de santé.

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurtre

Article additionnel après l'article 36

Le quatrième alinéa du I de l'article L. 162-73-3 du code de la Sécurité sociale est rédigé de la manière suivante :

« Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'Etat en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre parlementaires désignés conjointement par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat, quatre représentants désignés par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, trois représentants des caisses nationales d'Assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'Assurance maladie complémentaire, quatre représentants désignés par les organisations hospitalières publiques et privées les plus représentatives. »

Exposé des motifs

Le CEPS prend des décisions de haute importance pour la collectivité nationale, en termes d'arbitrage sur les niveaux de financement solidaire des spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux. Ces décisions ont des répercussions considérables sur l'ensemble du système. Il s'avère toutefois que la rapidité de progression des ressources affectées aux spécialités et dispositifs tarifés dépasse très largement le rythme global des Ondam (objectif national des dépenses de l'Assurance maladie) successifs. Par voie de conséquence, les tarifs hospitaliers publics et privés subissent fortement l'impact de ces charges de spécialités pharmaceutiques et dispositifs tarifés en sus, puisque les sommes croissantes affectées à cet objet (avec des progressions annuelles à deux chiffres) pénalisent l'enveloppe disponible ensuite pour les tarifs.

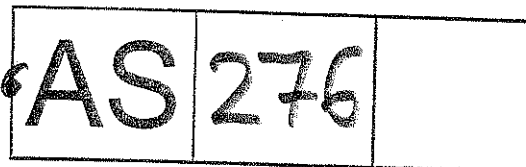
Il est donc proposé de renforcer le contrôle démocratique des travaux de cette instance très importante, en y intégrant des parlementaires d'une part, et le contrôle technique sur les travaux d'analyse menés et les conséquences ultérieures sur les établissements de santé, avec d'autre part une participation des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Catherine Lemorton, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Génisson, Jean Mallot, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Michel Liebgott, Christian Hutin, Michel Issindou, Martine Carrillon-Couvreux, Laurence Dumont, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Danielle Hoffman-Rispal, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article 36



36

APRES L'ARTICLE 36, insérer l'article suivant :

Le quatrième alinéa du I de l'article L 162-73-3 du code de la sécurité sociale est rédigé de la manière suivante :

« Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'Etat en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre parlementaires désignés conjointement par les présidents de l'Assemblée nationale et du Sénat, quatre représentants désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, deux représentants désignés par les organisations hospitalières les plus représentatives. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Cet amendement vise à renforcer le contrôle démocratique des travaux du CEPS, en y intégrant des parlementaires, d'une part, et le contrôle technique sur les travaux d'analyse menés et les conséquences ultérieures sur les établissements de santé, avec une participation des fédérations hospitalières représentatives.

Le comité économique des produits de santé prend des décisions de haute importance pour la collectivité nationale, en termes d'arbitrage sur les niveaux de financement solidaire des spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux.

Or il s'avère que la rapidité de progression des ressources affectées aux spécialités et dispositifs tarifés dépasse très largement le rythme global des ONDAM successifs.

Par voie de conséquence, les tarifs hospitaliers sont très pénalisés par l'impact de ces charges de spécialités pharmaceutiques et dispositifs tarifés en sus, puisque les sommes croissantes, avec des progressions annuelles à deux chiffres, affectées à cet objet pénalisent l'enveloppe disponible ensuite pour les tarifs.

Par ailleurs il convient d'améliorer la transparence s'agissant des conventions passées entre le CEPS et les industries pharmaceutiques, conventions qui leur permettent de ne pas se voir appliquer le taux K qui détermine le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde (très peu de laboratoires sont concernés).

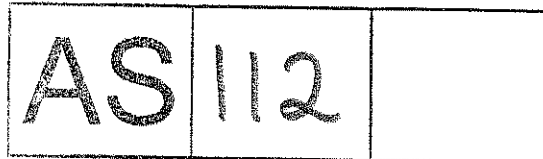
ASSEMBLÉE NATIONALE

15 octobre 2010

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT présenté par

Valérie BOYER



Article X

[Modalités de délivrance des Dispositifs Médicaux]

Article additionnel après l'art. 36

Après l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-10 ainsi rédigé :

« Art. L. 165-10.-, La prise en charge des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 peut être subordonnée à des conditions de validité de la prescription desdits produits ou prestations, à des modalités de délivrance des produits aux assurés et à des modalités d'exécution des prestations.

Ces conditions sont définies dans le souci de la plus grande économie compatible avec la prescription médicale et peuvent notamment concerner la durée de validité de la prescription et le type de conditionnement délivré.

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

Exposé des motifs

Contrairement au médicament, la délivrance des produits ou prestations qui sont déjà inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) et donc font l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie, n'est pas encadrée de façon générale : par exemple, la personne qui délivre des compresses n'est pas tenue de proposer au patient la boîte de compresses qui coûtera la moins chère pour l'assurance maladie. Ainsi, si la prescription est de 50 compresses, la personne qui délivre peut délivrer soit 5 boîtes de 10 compresses soit une boîte de 50 compresses qui coûte moins chère à l'assurance maladie.

L'objet de cette mesure est donc d'obliger les personnes qui délivrent des dispositifs médicaux à dispenser systématiquement le conditionnement correspondant à la prescription mais qui est également le plus économique pour l'assurance maladie.

Par ailleurs, il est également proposé d'interdire si besoin est la délivrance en une seule fois de dispositifs médicaux lorsqu'il y a une prescription pour un traitement de plusieurs mois. Une ordonnance d'un traitement pour 6 mois sera ainsi délivrée mois par mois. Cette mesure permettra donc d'éviter les gaspillages.

Ces possibilités d'encadrement de la délivrance des produits et prestations seront fixés par la voie réglementaire (décret en Conseil d'Etat).

Cette mesure faciliterait notamment les actions des caisses dans le cadre des contrôles des dépenses d'assurance maladie relatives à la LPP.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

ARTICLE ADDITIONNEL

36

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

Après l'alinéa 2 de l'article L182-2-2 du Code de la Sécurité sociale, ajouter un 4° ainsi rédigé:

« 4° Un représentant des associations d'usagers agréés au titre de l'article L114-1 du Code de la Santé publique, désigné en son sein par le conseil de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. ».

EXPOSE DES MOTIFS

Les auteurs de cet amendement considèrent que les usagers doivent pouvoir participer aux côtés des organismes, aux négociations de la convention médicale avec les professionnels de santé, en particulier pour les secteurs où l'assurance maladie est minoritaire (dentisterie et optique par exemple).

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreux, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL après l'article 36

Après l'article 36, insérer l'article suivant :

Ajouter un nouvel alinéa à l'article L.322-5-5 du code de la sécurité sociale ainsi rédigé :

« Afin de développer les modes de transports les plus efficaces, l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, met en place au niveau des territoires de santé des centres de régulation, chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état. Les établissements et les ambulanciers passent convention avec les centres de régulation sur la base d'un cahier des charges qui fixe les modalités d'organisation et de régulation des transports sur le territoire de santé. »

Exposé des motifs.

Cet amendement vise à créer des centres de régulation régionaux des transports sanitaires auprès des ARS, qui procèderont convention avec les établissements.

Améliorer l'efficacité du système est nécessaire mais elle ne doit pas se faire au détriment de la prise en charge des patients. Il faut une organisation au niveau des territoires de santé, reposant sur une démarche « qualité » et contractualisée avec les acteurs, cette organisation des transports doit tenir compte des caractéristiques du territoire de santé et de la répartition des établissements de santé.

L'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a créé ce nouvel article L 322-5-5 qui prévoit la fixation du taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursés sur l'enveloppe de soins de ville et un dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses de transport. Il prévoyait aussi à nouveau une expérimentation sur 5 ans en matière de gestion des dépenses de transports liées aux prescriptions, alors qu'un tel dispositif avait déjà été prévu par la LFSS pour 2008 sans aucun résultat.

Les dépenses de transports sont en forte hausse (Celles-ci représentent 2,2 milliards d'euros pour le régime général, et la croissance reste particulièrement vive entre 8 et 10 % en moyenne sur les dix dernières années). Cette augmentation s'explique par le développement de l'ambulatoire, l'augmentation des maladies chroniques.

Le gouvernement n'a donc rien fait en matière de transports sanitaires jusqu'à présent puisque la réglementation concernant cet article vient à peine d'être publiée en septembre.

Il va proposer toutefois par voie réglementaire pour 2011 de supprimer la prise en charge automatique des transports à 100% pour les malades en ALD (économie attendue de 20 millions), avec toujours la même logique de faire payer toujours plus les malades.

Cet amendement propose donc une nouvelle modalité d'affectation de la ressource de transport qui permettrait d'améliorer concrètement la qualité du service aux malades et l'efficacité du système.

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Yves-Bur,
rapporteur pour l'équilibre général et les recettes**

AS	477	
----	----------------	--

Article additionnel

477

Après l'article 36, insérer un article ainsi rédigé :

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 862-7 ^{du code de la sécurité sociale} est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce rapport présente une prévision des recettes et des dépenses du fonds pour les trois exercices à venir, assortie d'une explication des hypothèses sous-jacentes. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à améliorer l'information du Parlement sur les équilibres à moyen terme du budget du Fonds CMU.

ART.

AS	158 N°	
----	-----------	--

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel après l'article 36

Insérer l'article suivant :

« L'article L.6111-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en conseil d'Etat précisera les actes, notamment les interventions sans anesthésie générale, en particulier les interventions pour la cataracte effectuées avec un simple collyre anesthésique peuvent être effectuées en cabinet ».

Exposé des motifs :

Cet amendement a pour objet de réaliser des interventions de la cataracte, implantation après phaco-émulsification au cabinet. Le patient y gagne : il reste environ deux heures au cabinet et retourne chez lui. Et pour l'assurance-maladie, c'est aussi bénéfique car l'acte effectué en clinique est pris en charge par l'assurance-maladie alors que celui effectué en cabinet n'est remboursé par l'assurance maladie que sur une base de 275 euros correspondant aux honoraires.

ART.

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prél et Claude Leteurre

Article additionnel

Après l'article 40, insérer l'article suivant

36

L'article 40 de la Loi n°2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est modifié comme suit :

Au point III, il est ajouté l'alinéa suivant :

« Ce fonds finance les actions de restructuration des soins de ville. »

Exposé des motifs

Une restructuration des soins de ville est nécessaire notamment par la mise en place de maisons de santé pluridisciplinaires. Or celles-ci nécessitent un investissement. Comme cela entraînera un développement des alternatives à l'hospitalisation et favorisera le retour précoce des patients à leur domicile, il est donc logique que le fond pour la modernisation des établissements de santé publics et privés bénéficie également à la médecine de ville.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour
l'assurance maladie et les accidents du travail

Article additionnel après l'article 36

I. L'article 47 de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est ainsi modifié :

1° Après chaque occurrence du mot : « médicaments », insérer les mots : « mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et des produits et prestations inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste » ;

2° Au premier alinéa, remplacer les mots : « établissement publics de santé » par les mots : « établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 » ;

3° Au deuxième alinéa, ajouter après les mots : « supérieure à ce taux » les mots : « et non justifiée au regard de son activité et de sa patientèle, et que ce dépassement résulte notamment du non-respect des obligations prévues aux articles L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale et L. 5125-23 du code de la santé publique » ;

4° Au quatrième alinéa, après les mots : « l'établissement » sont rajoutés les mots : « , corrélée à son activité et à sa patientèle, ».

II. L'article 47 ainsi modifié est inséré à la section V du chapitre II du titre VI du Livre premier du code de la sécurité sociale et devient l'article L. 162-30-2.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 47 de la LFSS pour 2010 prévoit, à l'instar du dispositif de régulation de la liste en sus ou du dispositif de régulation des transports de l'article 45 de la LFSS pour 2010, une régulation des dépenses de

médicaments prescrits à l'hôpital et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville passant par un mécanisme de contractualisation entre l'ARS, l'organisme local d'assurance maladie et l'établissements de santé. Il est prévu une sanction en cas de dépassement injustifié des objectifs fixés dans le contrat.

Le présent amendement vise tout d'abord à étendre ce mécanisme de maîtrise des dépenses de prescription hospitalières en ville à l'ensemble des établissements de santé : ce mécanisme concernera donc à la fois les hôpitaux publics (ce qui est le cas actuellement) et les établissements de santé privés.

Cet amendement vise également à étendre à la liste des produits et prestations ce mécanisme de régulation des prescriptions hospitalières.

Enfin, il est également proposé de préciser les motifs sur lesquels le directeur général de l'agence régionale de santé pourra s'appuyer pour sanctionner l'établissement dont les prescriptions auront évolué de manière injustifiée à un rythme supérieur à l'objectif fixé par arrêté annuel des ministres.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

Article additionnel

AS	450	
----	-----	--

Après l'article 36, insérer l'article suivant :

« Dans les conditions prévues à l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale fixent par décision les prix et les marges des traitements de substitution nicotinique. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à faciliter l'accès aux traitements de substitution nicotinique.

Amendement

Présenté par : Michèle Delaunay, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreux, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article additionnel après l'article 36

En conformité avec l'article L162-38 du code de la sécurité sociale et en accord avec l'objectif d'amélioration de la couverture vaccinale contre le HPV du deuxième Plan cancer, le Ministre chargé de la santé réévalue le prix des vaccins HPV.

Exposé des motifs

Le deuxième Plan cancer stipule clairement l'engagement de l'État d'«améliorer les taux de couverture vaccinale contre le HPV (prévention du cancer du col utérin) des jeunes filles de 14 ans ». Or seulement 27 % des jeunes filles éligibles sont aujourd'hui vaccinées.

Actuellement, la vaccination HPV est réalisée en France par le biais de deux vaccins : le Gardasil, produit par Sanofi Pasteur MSD, et le Cervarix, distribué par GlaxoSmithKline. Ces deux produits coûtent respectivement 139,59 euros et 111,82 euros, et ne sont remboursés par l'assurance maladie qu'à hauteur de 65%.

Ces prix sont donc élevés et peuvent constituer un élément dissuasif déterminant pour les jeunes filles dont les parents ont un revenu modeste et ne bénéficient pas d'une complémentaire santé, ce qui correspond à un pourcentage croissant de la population. Les vaccins ne donnent pas lieu à la production de génériques, il ne faut donc pas escompter de baisse de prix par ce biais.

L'article L162-38 du code de la sécurité sociale permet au Ministre de « fixer par décision les prix et les marges des produits (...) pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ». Une réévaluation à la baisse du prix des vaccins HPV pourrait permettre d'améliorer la couverture vaccinale.

PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Michel Issindou, Jean Mallot, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL

après
~~l'article~~ 36, insérer l'article suivant :

Un rapport sur l'évaluation de l'application de l'article 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008 (n° 2007-1786 du 19 décembre 2007) sera présenté tous les ans au Parlement avant le 30 septembre. Ce rapport devra permettre d'évaluer les conséquences en termes d'accès aux soins de l'application de cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à améliorer l'information du parlement concernant l'évaluation annuelle sur les conséquences de l'application de la mesure instaurant des franchises médicales.

Des enquêtes sur l'évolution des inégalités de santé dans la population montrent un recul de l'accès aux soins, plus particulièrement chez les personnes les plus fragiles économiquement, ainsi que l'augmentation considérable des renoncements aux soins pour des raisons financières.

La transmission de ce rapport se fait tous les ans trop tardivement au moment de la séance et ne permet pas à la représentation nationale de mener une discussion objective et donc de vérifier que les franchises médicales ne sont pas en cause dans ce recul de l'accès aux soins.

ART.

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prél et Claude Leteurre

Article additionnel après l'article 36

« Afin de garantir l'accès aux soins à tous les assurés sociaux et de prendre en compte l'exercice en plateau technique lourd, les parties signataires de la convention médicale prévue à l'article L162-5 du Code de la Sécurité Sociale engagent une négociation en vue de la conclusion d'un avenant au règlement arbitral applicable aux médecins libéraux approuvé par arrêté du 3 mai 2010, permettant la mise en œuvre au plus tard le 15 juin 2011 du secteur conventionnel à caractère optionnel ».

Exposé des motifs :

L'augmentation des dépassements d'honoraires et du nombre de praticiens pouvant pratiquer des honoraires libres dans certaines spécialités peut poser aujourd'hui des difficultés d'accès à l'offre de soins sur certains territoires.

Bien que cette problématique relève de la négociation entre syndicats de médecins et assurance maladie, la loi peut ici poursuivre l'impulsion forte donnée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST) ayant porté création d'un secteur dit optionnel. En effet la mise en œuvre du secteur optionnel est conditionnée par la conclusion d'un avenant au règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale. Tel est l'objet du présent amendement.

ASSEMBLÉE NATIONALE
LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°
présenté par Jean-Luc Prél et Claude Leteurre

Article 37



Suppression de cet article

Exposé des motifs :

L'article 37 du projet de loi vise à introduire une procédure d'accord préalable pour les transferts de patients d'établissements MCO vers les centres de soins de suite et de réadaptation.

Cette demande se fonde sur le fait que les pathologies qui sont traitées en Cabinets de Ville sont identiques à celles prises en charge en Centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). En conséquence un « filtrage » devrait s'organiser par entente préalable, qui permettrait de différencier les prises en charge lourdes qui relèveraient bien des Centres de SSR, des prises en charge légères qui relèveraient des Cabinets de Ville.

Ce dispositif, reposant certes sur des référentiels publiés par la Haute Autorité de Santé, risquerait néanmoins de désorganiser la filière de soins compte tenu du rôle majeur et charnière joué par le secteur SSR dans la chaîne sanitaire.

A cet égard il faut rappeler que toute admission en structure de SSR est précédée d'une évaluation des besoins médicaux permettant de valider ou non l'adéquation de l'orientation (art. D 6124-177-5 du CSP). Les structures de SSR sont à ce titre soumises, à travers notamment le PMSI, à des contrôles d'adéquation continus de leurs patients. Une coupe transversale nationale réalisée par la CNAM en 2006 avait démontré que seul 1.5 à 2 % des patients admis en CRF étaient inadéquats.

Par ailleurs toute prise en charge en structure de SSR nécessite la mise en place d'un projet thérapeutique réalisé par le biais d'une équipe pluridisciplinaire en liaison avec le médecin ayant prescrit l'admission.

Toute prise en charge en structure de SSR doit en outre promouvoir une éducation thérapeutique du patient reconnue comme l'une des missions des SSR à part entière.

La prise en charge globale du patient figure également au titre des principales missions des SSR. La circulaire du 3 octobre 2008 précise à cet égard que les structures de SSR doivent être reconnues comme structures sanitaires apportant une plus-value réelle au patient car permettant une prise en charge globale destinée à lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine.

Les centres de SSR sont soumis à un ensemble de sujétions réglementaires au titre des autorisations d'installation, de certification par la Haute Autorité de Santé pour lesquelles les structures privées de SSR ont jusqu'à présent obtenu des résultats très satisfaisants, d'indicateurs de qualité de prise en charge, édictés par cette même Autorité, de vigilance et de sécurité sanitaire, auxquelles ne sont pas soumis les kinésithérapeutes libéraux. Si ces contraintes et obligations s'avèrent en pratique très lourdes et onéreuses à mettre en place, elles présentent l'avantage de garantir une qualité de prise en charge pour les patients.

Enfin la prise en charge du patient en SSR inclut dans la plupart des cas, et notamment dans les centres de RF où les prix de journée sont tout compris, un certain nombre de prestations complémentaires, telles que notamment les transports sanitaires, ce qui n'est pas le cas pour les transferts en cabinet de ville et représente donc un impact certain sur les dépenses d'assurance maladie.

L'ensemble de ces éléments démontre que l'article 36 du projet de loi va à contre sens du rôle reconnu aux Centres de SSR en tant que charnière et fluidificateur de la filière de soins.

Il importe sur ce dernier point de rappeler également que les patients pris en charge en établissements de SSR proviennent souvent des établissements publics de santé.

Il convient enfin de souligner que le dispositif prévu à l'article 36 du projet de loi engendrerait un traitement inégalitaire entre établissements de santé publics et privés exerçant une activité de soins de suite et de réadaptation en cas de rejet de la demande d'entente préalable. En effet celle-ci n'aurait aucune incidence financière sur les établissements publics de santé financés par dotation globale, ce qui n'est pas le cas des établissements de santé privés financés à la prestation journalière facturée.

PROJET DE LOI

AS	187	
----	-----	--

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2011

n°2854

Amendement présenté par Guy Lefrand [REDACTED]

Article 37

Suppression de cet article

Exposé des motifs

L'article 37 du projet de loi vise à introduire, à la demande de la FFMKR, une procédure d'accord préalable pour les transferts de patients d'établissements MCO vers les centres de soins de suite et de réadaptation.

Cette demande de la FFMKR se fonde sur le fait que les pathologies qui sont traitées en Cabinets de Ville sont identiques à celles prises en charge en Centres de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). En conséquence un « filtrage » devrait s'organiser par entente préalable, qui permettrait de différencier les prises en charge lourdes qui relèveraient bien des Centres de SSR, des prises en charge légères qui relèveraient des Cabinets de Ville.

Ce dispositif, reposant certes sur des référentiels publiés par la Haute Autorité de Santé, risquerait néanmoins de désorganiser la filière de soins compte tenu du rôle majeur et charnière joué par le secteur SSR dans la chaîne sanitaire.

A cet égard il faut rappeler que toute admission en structure de SSR est précédée d'une évaluation des besoins médicaux permettant de valider ou non l'adéquation de l'orientation (art. D 6124-177-5 du CSP). Les structures de SSR sont à ce titre soumises, à travers notamment le PMSI, à des contrôles d'adéquation continus de leurs patients. Une coupe transversale nationale réalisée par la CNAM en 2006 avait démontré que seul 1.5 à 2 % des patients admis en CRF étaient inadéquats.

Par ailleurs toute prise en charge en structure de SSR nécessite la mise en place d'un projet thérapeutique réalisé par le biais d'une équipe pluridisciplinaire en liaison avec le médecin ayant prescrit l'admission.

Toute prise en charge en structure de SSR doit en outre promouvoir une éducation thérapeutique du patient reconnue comme l'une des missions des SSR à part entière.

La prise en charge globale du patient figure également au titre des principales missions des SSR. La circulaire du 3 octobre 2008 précise à cet égard que les structures de SSR doivent être reconnues comme structures sanitaires apportant une plus-value réelle au patient car permettant une prise en charge globale destinée à lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine.

Les centres de SSR sont soumis à un ensemble de sujétions réglementaires au titre des autorisations d'installation, de certification par la Haute Autorité de Santé pour lesquelles les structures privées de SSR ont jusqu'à présent obtenu des résultats très satisfaisants, d'indicateurs de qualité de prise en charge, édictés par cette même Autorité, de vigilance et de sécurité sanitaire, auxquelles ne sont pas soumis les kinésithérapeutes libéraux. Si ces contraintes et obligations s'avèrent en pratique très lourdes et onéreuses à mettre en place, elles présentent l'avantage de garantir une qualité de prise en charge pour les patients.

Enfin la prise en charge du patient en SSR inclut dans la plupart des cas, et notamment dans les centres de RF où les prix de journée sont tout compris, un certain nombre de prestations complémentaires, telles que notamment les transports sanitaires, ce qui n'est pas le cas pour les transferts en cabinet de ville et représente donc un impact certain sur les dépenses d'assurance maladie.

L'ensemble de ces éléments démontre que l'article 36 du projet de loi va à contre sens du rôle reconnu aux Centres de SSR en tant que charnière et fluidificateur de la filière de soins.

Il importe sur ce dernier point de rappeler également que les patients pris en charge en établissements de SSR proviennent souvent des établissements publics de santé.

Il convient enfin de souligner que le dispositif prévu à l'article 36 du projet de loi engendrerait un traitement inégalitaire entre établissements de santé publics et privés exerçant une activité de soins de suite et de réadaptation en cas de rejet de la demande d'entente préalable. En effet celle-ci n'aurait aucune incidence financière sur les établissements publics de santé financés par dotation globale, ce qui n'est pas le cas des établissements de santé privés financés à la prestation journalière facturée.

**PROJET DE LOI n° 2854
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinvillle, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

Article 37

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer le projet de mise sous entente préalable des séjours SSR dont les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sont prescripteurs.

En mars 2006, la Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations déterminant une liste d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge en cabinet de ville ou en centres de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces recommandations, effectuées en application de l'article L. 162-2-2 du Code de la sécurité sociale, définissent les traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales, régionales ou générales, de pathologies associées ou d'isolement social.

Si la mise en œuvre de ces bonnes pratiques est souhaitable, la procédure d'entente préalable proposée dans le PLFSS est inadaptée à la réalité des établissements de santé et suscitera des effets pervers en matière de prises en charge : elle contribuera à alourdir les coûts de prise en charge, en maintenant « artificiellement » dans des lits MCO des patients qui ne relèvent plus de ces spécialités. Surtout, une telle procédure aura pour conséquence de provoquer un engorgement des services de soins et accroître les difficultés d'accueil des patients en médecine de spécialité.

Ce problème est d'une acuité particulièrement aigue pour les patients admis dans le cadre de l'activité non programmée, pour laquelle il est impossible d'anticiper les actions visant à organiser l'aval de l'hospitalisation.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

ARTICLE 37

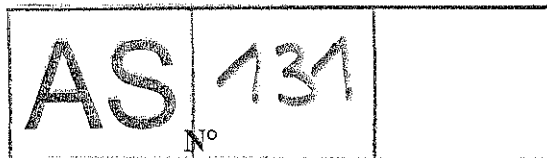
Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les auteurs de cet amendement contestent l'utilité de la procédure d'accord préalable dans la mesure où la HAS établit déjà une liste de traitements chirurgicaux et orthopédiques ne nécessitant pas obligatoirement de prise en charge en centre SSR.

Ajouter à ce dispositif déjà très contraignant une procédure d'accord préalable revient à jeter la suspicion sur le corps médical et à allonger le délai de prise en charge pour les patients.

ART.



ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article 37

Avant l'alinéa 2, insérer l'alinéa suivant :

A A la première phrase du 1^{er} alinéa, insérer les mots « Sur le fondement d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés, sur » avant les mots « proposition du directeur de l'organisme local ».

Exposé des motifs:

Cet amendement tend à instaurer l'équité des procédures de mise sous entente préalable par une plus grande concertation avec les fédérations d'établissements de santé au niveau régional (modification de l'article L162-1-17 du code de la sécurité sociale)

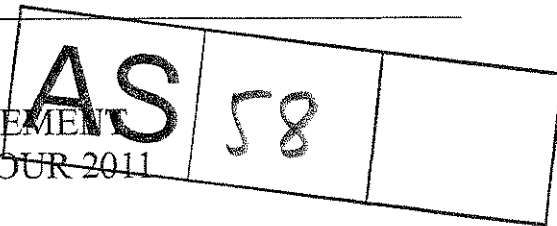
La procédure consistant pour l'agence régionale de santé à placer sous entente préalable la prise en charge de certaines prestations d'hospitalisation souffre aujourd'hui d'une absence totale de concertation préalable.

La procédure contradictoire prévue par la loi est insuffisante et nécessite d'être complétée par l'obligation faite à l'agence régionale de santé d'établir un programme régional soumis obligatoirement à la concertation des fédérations d'établissements de santé au niveau régional. En effet, la mise sous entente préalable et les critères qui y président s'appliquent non pas à un établissement isolé mais concernent potentiellement tous les établissements d'une même région.

Cet article vise donc à introduire une concertation préalable obligatoire qui garantira l'équité de traitement entre établissements quels que soient leur taille ou leur statut tout autant que l'efficacité de ces mesures car les fédérations d'établissements jouent un rôle pédagogique important à l'égard de leurs adhérents.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 37

Au 1° de l'article 37, après les mots :

« et de réadaptation »

ajouter les mots suivants :

« , sur le fondement d'un programme régional établi par le directeur général de l'agence régionale de santé concernée après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La procédure consistant pour l'agence régionale de santé à placer sous entente préalable la prise en charge de certaines prestations d'hospitalisation souffre aujourd'hui d'une absence de concertation préalable.

La procédure contradictoire prévue par la loi nécessite d'être complétée comme le propose le présent amendement par l'obligation faite à l'agence régionale de santé d'établir un programme régional soumis à la concertation des fédérations d'établissements de santé au niveau régional. En effet, la mise sous entente préalable et les critères qui y président s'appliquent non pas à un établissement isolé mais concernent potentiellement tous les établissements d'une même région.

Le dispositif proposé par cet amendement garantira l'équité de traitement entre établissements quels que soient leur taille ou leur statut tout autant que **l'efficacité de ces mesures** car les fédérations d'établissements jouent un rôle pédagogique important à l'égard de leurs adhérents.

ART.

AS	130	
	N°	

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article 37

Supprimer le 2^{ème} alinéa de l'article 37

Exposé des motifs

En mars 2006, la Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations déterminant une liste d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge aussi bien en cabinet de ville qu'en centre de soins de suite et de réadaptation

(SSR). Ces recommandations sont effectuées en application de l'article L. 162-2-2 du code de la sécurité sociale. Elles définissent les traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales, régionales ou générales, de pathologies associées ou d'isolement social.

Si la mise en œuvre de ces bonnes pratiques est souhaitable, la procédure d'entente préalable proposée dans le PLFSS est inadaptée à la réalité des établissements de santé et suscitera des effets pervers en matière de prises en charge.

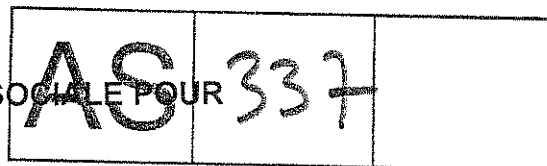
Tout d'abord, étendre l'entente préalable aux séjours dont les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sont les prescripteurs, contribuera à alourdir les coûts de prise en charge, en maintenant « artificiellement » dans des lits MCO des patients qui ne relèvent plus de ces spécialités.

Surtout, une telle procédure aura pour conséquence de provoquer un engorgement des services de soins et accroître les difficultés d'accueil des patients en médecine de spécialité.

Ce problème est d'une acuité particulièrement aigue pour les patients admis dans le cadre de l'activité non programmée, pour laquelle il est impossible d'anticiper les actions visant à organiser l'aval de l'hospitalisation.

Il est donc proposé de supprimer le projet de mise sous entente préalable des séjours SSR dont les établissements MCO sont prescripteurs.

PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR
2011



Amendement présenté par Jean-Marie Rolland

Article 37

I.— L'alinéa 2 est ainsi rédigé :

« 1° La première phrase est complétée par les mots : « ainsi que les prestations d'hospitalisation prévues pour les activités visées au 1° bis de l'article L. 174-1-1 et de l'article L. 162-22-1 pour les soins de suite et de réadaptation ».

II. — L'alinéa 4 est ainsi rédigé :

« 1° Dans la troisième phrase, après les mots « des prises en charge sans hébergement » sont insérés les mots « ou en ambulatoire ».

Exposé des motifs

En mars 2006, la Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations déterminant une liste d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge aussi bien en cabinet de ville qu'en centre de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces recommandations sont effectuées en application de l'article L. 162-2-2 du code de la sécurité sociale. Elles définissent les traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales, régionales ou générales, de pathologies associées ou d'isolement social.

Si la mise en oeuvre de ces bonnes pratiques est souhaitable, la procédure d'entente préalable proposée dans le PLFSS est inadaptée à la réalité des établissements de santé et suscitera des effets pervers en matière de prises en charge.

Tout d'abord, étendre l'entente préalable aux séjours dont les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sont les prescripteurs, contribuera à alourdir les coûts de prise en charge, en maintenant « artificiellement » dans des lits MCO des patients qui ne relèvent plus de ces spécialités.

Surtout, une telle procédure aura pour conséquence de provoquer un engorgement des services de soins et accroître les difficultés d'accueil des patients en médecine de spécialité.

Ce problème est d'une acuité particulièrement aiguë pour les patients admis dans le cadre de l'activité non programmée, pour laquelle il est impossible d'anticiper les actions visant à organiser l'aval de l'hospitalisation.

Il est donc proposé de supprimer le projet de mise sous entente préalable des séjours SSR dont les établissements MCO sont prescripteurs.

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurtre

Article 37

Au 4^{ème} alinéa, après les mots « des prises en charge sans hébergement » sont insérés les mots « , ou en ambulatoire ».

Exposé des motifs

En mars 2006, la Haute autorité de santé (HAS) a publié des recommandations déterminant une liste d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation du patient peut être prise en charge aussi bien en cabinet de ville qu'en centre de soins de suite et de réadaptation (SSR). Ces recommandations sont effectuées en application de l'article L. 162-2-2 du code de la sécurité sociale. Elles définissent les traitements chirurgicaux et orthopédiques pour lesquels la rééducation, si elle est indiquée, est réalisable en ville dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications locales, régionales ou générales, de pathologies associées ou d'isolement social.

Si la mise en œuvre de ces bonnes pratiques est souhaitable, la procédure d'entente préalable proposée dans le PLFSS est inadaptée à la réalité des établissements de santé et suscitera des effets pervers en matière de prises en charge.

Tout d'abord, étendre l'entente préalable aux séjours dont les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sont les prescripteurs, contribuera à alourdir les coûts de prise en charge, en maintenant « artificiellement » dans des lits MCO des patients qui ne relèvent plus de ces spécialités.

Surtout, une telle procédure aura pour conséquence de provoquer un engorgement des services de soins et accroître les difficultés d'accueil des patients en médecine de spécialité.

Ce problème est d'une acuité particulièrement aigue pour les patients admis dans le cadre de l'activité non programmée, pour laquelle il est impossible d'anticiper les actions visant à organiser l'aval de l'hospitalisation.

Il est donc proposé de supprimer le projet de mise sous entente préalable des séjours SSR dont les établissements MCO sont prescripteurs.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2011

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour
l'assurance maladie et les accidents du travail

Article 37

Au deuxième alinéa du II, substituer aux mots :

« les prestations d'hospitalisation »

les mots :

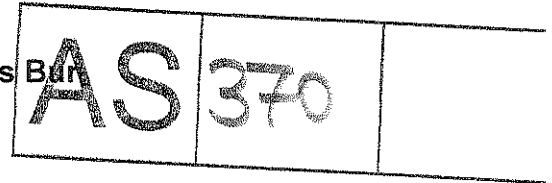
« des activités ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision rédactionnelle

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)**

Amendement présenté par M. Yves Bur



Article 37

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« III.— Un rapport est remis au Parlement avant le 1^{er} octobre 2011 sur l'évaluation du I. Ce rapport analyse l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge des patients en termes de délais de mise en œuvre des traitements et des transferts, de qualité de la prise en charge et de rapport bénéfices/risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des agences régionales de santé et les organismes d'assurance maladie. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il est légitime de vouloir vérifier le bien-fondé de l'hospitalisation dans un objectif de maîtrise des indications de séjours en établissements, en soins de suite et de réadaptation (SSR) comme dans les autres disciplines d'équipement. Ceci étant et au-delà des apparences statistiques, certaines pathologies dites « simples » peuvent aussi justifier d'une admission en hospitalisation en raison du profil polypathologique, des comorbidités associées, de pertes d'autonomies sévères associées et/ou de l'isolement géographique ou social du patient, en SSR comme en MCO.

En outre il y a lieu de rappeler que le mécanisme de l'entente préalable à l'admission en SSR a généré dans le passé une lourdeur administrative que la réforme de la réglementation des autorisations d'activité de SSR a voulu supprimer en 2008 (*cf.* décrets n° 2008-377 et n° 2008-376 du 17 avril 2008). La crise sanitaire de la canicule avait également conduit à suspendre cette logique d'entente préalable, et de freins à l'admission directe en SSR, gage aussi d'évitement de séjours en soins aigus évitables. Une réintroduction partielle peut générer des difficultés dans la fluidité de la filière de prise en charge (allongement d'occupation des lits en court séjour, lits bloqués et inoccupés en SSR) et donc dans la qualité de la prise en charge globale des patients (allongement des délais de prise en charge pour un traitement adapté aux besoins du patient).

AMENDEMENT PRESENTE PAR VALERIE ROSSO-DEBORD

Proposition d'amendement pour l'établissement d'un rapport sur l'évaluation, pour les soins de suite et de réadaptation, de la mesure d'accord préalable prévu à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale

37

A l'article 36 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, il est inséré un

II. ainsi rédigé :

« Un rapport est établi et remis au Parlement le 1^{er} octobre 2011 concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable prévu à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge des patients en termes de délais de mise en œuvre des traitements et des transferts, de qualité de la prise en charge et du rapport bénéfices/risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des Agences Régionales de la Santé, et les organismes d'assurance-maladie. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Il est légitime de vouloir vérifier le bien fondé de l'hospitalisations dans un objectif de maîtrise des indications de séjours en établissements, en soins de suite et de réadaptation (SSR) comme dans les autres disciplines d'équipement. Ceci étant et au-delà des apparences statistiques, certaines pathologies dites « simples » peuvent aussi justifier d'une admission en hospitalisation en raison du profil polypathologique, des comorbidités associées, de pertes d'autonomies sévères associées et/ou de l'isolement géographique ou social du patient, en SSR comme en MCO.

En outre il y a lieu de rappeler que le mécanisme de l'entente préalable à l'admission en SSR a généré dans le passé une lourdeur administrative qu'a voulu supprimer en 2008 la réforme de la réglementation des autorisations d'activité de SSR (cf. décrets n°2008-377 et n°2008-376 du 17 avril 2008). La crise sanitaire de la canicule avait également conduit à suspendre cette logique d'entente préalable, et de freins à l'admission directe en SSR, gage aussi d'évitement de séjours en soins aigus évitables. Une réintroduction partielle peut générer des difficultés dans la fluidité de la filière de prise en charge (allongement d'occupation des lits en court séjour, lits bloqués et inoccupés en SSR) et donc dans la qualité de la prise en charge globale des patients (allongement des délais de prise en charge pour un traitement adapté aux besoins du patient).

Le présent amendement vise par conséquent à proposer une étude d'impact de la mesure introduite par l'article 36 en réalisant sur une durée d'un an le bilan bénéfice-risque pour le patient, ainsi que le bilan coût-avantage pour les établissements de santé, les services des ARS et des organismes d'assurance-maladie.

ART.

AS	143	N°
----	-----	----

ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prél et Claude Leteurre

Article ● 37

Ajouter un dernier alinéa ainsi rédigé :

III. — À la fin du I de l'article 77 de la loi n°2006-1640 du 19 décembre 2007, ajouter la phrase suivante :

« Afin de mettre en place un nouveau mode de financement des activités de soins de suite et de réadaptation, une étude nationale de coûts à échelle commune aux secteurs hospitaliers publics et privés est instituée à compter du 1^{er} janvier 2011. »

Exposé des motifs

La mise en œuvre d'une tarification à l'activité en soins de suite et de réadaptation doit pour être menée à bien s'appuyer sur une étude nationale de coûts fondée sur une échelle commune entre les établissements publics et privés assurant ces activités de soins.

En effet, dans ces activités plus encore que dans d'autres, les prises en charge sont identiques entre les établissements quel que soit leur statut. Depuis le 17 juin 2008, un cadre réglementaire unique régit les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé sans distinction de statut et les profils des patients sont identiques quel que soit la nature de l'établissement qui les accueille.

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)**

Amendement présenté par M. Yves Bur

Article additionnel



Après l'article 37, insérer l'article suivant :

« Le 5° de l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice, sans pouvoir minorer celle-ci du fait de formes particulières d'exercice comme dans le cadre de maisons de santé, de pôles de santé ou en coopération avec des établissements de santé délivrant des soins à domicile ou des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ; ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il est important que les professionnels libéraux puissent coopérer avec des établissements sanitaires et médico-sociaux sans pour autant voir leur statut conventionnel amoindri, sur le plan de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de leurs cotisations.

C'est la raison pour laquelle il est proposé de préciser que les distinctions peuvent être opérées en fonction du lieu géographique d'installation ou d'exercice, et non en termes de distinction entre l'exercice libéral « classique » et celui organisé dans le cadre d'une coopération avec un service de soins infirmiers à domicile ou un établissement d'hospitalisation à domicile.

Ce rétablissement de la cohérence du cadre conventionnel est rendu nécessaire par une initiative malheureuse de l'UNCAM avec un syndicat minoritaire infirmier, qui a introduit une distinction infondée entre le statut du professionnel libéral qui exerce de manière totalement indépendante, et qui voit donc ses cotisations prises en charge par l'assurance maladie comme tous les autres professionnels de santé conventionnés, et ceux qui coopèrent avec des HAD et des SSIAD, ou des centres d'autodialyse sur la base des tarifs conventionnels acquittés par les structures, ce qui induit la perte des abattements de cotisations sociales.

Ceci place les différentes parties prenantes face à de grandes difficultés, à commencer par les usagers des zones rurales ou enclavées :

- demandes compréhensibles et légitimes de compensations financières des professionnels libéraux de ce « manque » en termes de cotisations ;

- impossibilité pour les services d'HAD, de SSIAD et les centres de dialyse qui sont leurs partenaires d'y faire face, d'où le recours plus systématique, en zone urbaine, à des personnels salariés, mais du coup à des impossibilités de répondre aux demandes en milieu rural, où l'alternative salariée n'existe pas.

Les risques de contentieux issus de ces situations sont réels pour l'assurance maladie, dans le cadre de ses relations avec les infirmiers libéraux, du fait de la légalité discutée de la disposition conventionnelle, le tout pour une « économie » restant à démontrer et chiffrer (les honoraires d'infirmiers libéraux acquittés pour des structures représentant moins de 100 millions d'euros sur un total conventionnel annuel supérieur à 3 milliards d'euros).

Par ailleurs, cette situation est totalement contreproductive et incohérente du point de vue de la généralisation promue par la loi HPST des coopérations entre professionnels de santé libéraux et établissement sanitaires et médico-sociaux : imagine-t-on que des chirurgiens ou obstétriciens libéraux qui coopèrent avec un établissement de santé public ou privé dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire, par exemple, perdent le bénéfice d'une composante de leur statut libéral et conventionnel comme la prise en charge de leurs cotisations ? Imagine-t-on aussi que des omnipraticiens libéraux coopérant avec des maisons de retraite contraintes d'adopter le tarif global de soins, dans le cadre des textes réglementaires en préparation, et donc honorés par elle, perdent aussi leur abattement de cotisations ? Ou bien faut-il considérer que les auxiliaires médicaux exerçant sous forme indépendante ne sont pas pleinement considérés comme des professionnels de santé libéraux, du moins d'une manière moindre que les médecins ?

Amendement présenté par Valérie ROSSO-DEBORD

Modulation du forfait journalier en soins de suite et de réadaptation en fonction de la durée de l'hospitalisation

Article additionnel après l'article ~~●~~ 37

Il est ajouté après le 2^{ème} alinéa de l'article L174-4 du code de la sécurité sociale un alinéa rédigé comme suit :

« Le montant du forfait journalier applicable en établissement de soins de suite et de réadaptation doit tenir compte de la durée moyenne du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté ».

Exposé des motifs

A la différence des établissements de MCO où la durée du séjour est très courte (le patient y séjourne seulement 5 à 7 jours), elle est en moyenne de 30 jours dans les établissements SSR (mais avec une diversité telle qu'en fonction de la spécialité de l'établissement et de l'état de santé des patients, elle peut être de plusieurs mois).

Or les durées d'hospitalisation les plus longues se rencontrent souvent chez les patients âgés (en raison de l'existence de poly-pathologies et/ou d'une dépendance élevée), qui sont parallèlement les personnes les plus « touchées » par les limitations de prises en charge des mutuelles.

L'application d'un forfait journalier pour les établissements de soins de suite et de réadaptation non modulé en fonction de la durée du séjour des patients est ainsi extrêmement pénalisante pour ceux disposant notamment de revenus moindres. Il convient d'y remédier. Tel est l'objet de la présente proposition d'amendement.

Cette mesure n'aurait rien d'exceptionnel puisqu'elle a déjà été utilisée pour les hospitalisations en service de psychiatrie lors de la dernière augmentation du forfait.

ASSEMBLEE NATIONALE

AS	93	
----	----	--

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

37

Après l'article 37, insérer l'article suivant :

I. « Il est ajouté après le 2^{ème} alinéa de l'article L174-4 du code de la sécurité sociale un alinéa rédigé comme suit :

« Le montant du forfait journalier applicable en établissement de soins de suite et de réadaptation doit tenir compte de la durée moyenne du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté ».

~~II. La perte de recettes pour l'Etat est compensée par la concurrence par la création d'un forfait journalier supplémentaire applicable aux établissements de soins de suite et de réadaptation.~~

EXPOSÉ SOMMAIRE

A la différence des établissements de MCO où la durée du séjour est très courte (le patient y séjourne seulement 5 à 7 jours), elle est en moyenne de 30 jours dans les établissements SSR (mais avec une diversité telle qu'en fonction de la spécialité de l'établissement et de l'état de santé des patients, elle peut être de plusieurs mois).

Or les durées d'hospitalisation les plus longues se rencontrent souvent chez les patients âgés (en raison de l'existence de poly-pathologies et/ou d'une dépendance élevée), qui sont parallèlement les personnes les plus « touchées » par les limitations de prises en charge des mutuelles.

L'application d'un forfait journalier pour les établissements de soins de suite et de réadaptation non modulé en fonction de la durée du séjour des patients est ainsi extrêmement pénalisante pour ceux disposant notamment de revenus moindres. Il convient d'y remédier. Tel est l'objet de la présente proposition d'amendement.

Cette mesure n'aurait rien d'exceptionnel puisqu'elle a déjà été utilisée pour les hospitalisations en service de psychiatrie lors de la dernière augmentation du forfait.

ART.



ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel après l'article ● 37

Il est ajouté après le 2^{ème} alinéa de l'article L174-4 du code de la sécurité sociale un alinéa rédigé comme suit :

« Le montant du forfait journalier applicable en établissement de soins de suite et de réadaptation doit tenir compte de la durée moyenne du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté ».

Exposé des motifs :

A la différence des établissements de MCO où la durée du séjour est très courte (le patient y séjourne seulement 5 à 7 jours), elle est en moyenne de 30 jours dans les établissements SSR (mais avec une diversité telle qu'en fonction de la spécialité de l'établissement et de l'état de santé des patients, elle peut être de plusieurs mois).

Or les durées d'hospitalisation les plus longues se rencontrent souvent chez les patients âgés (en raison de l'existence de poly-pathologies et/ou d'une dépendance élevée), qui sont parallèlement les personnes les plus « touchées » par les limitations de prises en charge des mutuelles.

L'application d'un forfait journalier pour les établissements de soins de suite et de réadaptation non modulé en fonction de la durée du séjour des patients est ainsi extrêmement pénalisante pour ceux disposant notamment de revenus moindres. Il convient d'y remédier. Tel est l'objet de la présente proposition d'amendement.

Cette mesure n'aurait rien d'exceptionnel puisqu'elle a déjà été utilisée pour les hospitalisations en service de psychiatrie lors de la dernière augmentation du forfait.

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE
POUR 2011 (N° 2854)**

Amendement présenté par M. Yves Bur

AS	371	
-----------	------------	--

Article additionnel

Après l'article 37, insérer l'article suivant :

« Dans le cadre de l'expérimentation prévue par l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 et dans l'attente d'un financement à l'activité concernant l'activité de soins de suite et de réadaptation, un décret publié dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi établit les conditions dans lesquelles :

« 1° La facturation des consultations et des actes externes pour l'activité de soins de suite et de réadaptation peut être réalisée par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale après accord du directeur général de l'agence régionale de santé, par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 162-26 du même code. Ces prestations sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 du même code et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles ;

« 2° L'activité de traitements et cures ambulatoires est définie pour l'activité de soins de suite et de réadaptation, à l'image du forfait « sécurité environnement » établi en chirurgie pour répondre à la problématique des actes frontières. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale, les consultations et actes externes sont actuellement inclus dans la dotation annuelle de financement (DAF) des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation en sus à l'assurance maladie (exemple : explorations fonctionnelles). En outre, cette activité n'est pas recueillie par le programme de médicalisation des systèmes d'information en soins de suite ou de réadaptation (PMSI-SSR) puisque les résumés hebdomadaires standardisés (RHS) ne couvrent ni l'activité de consultations et de soins externes de SSR réalisée dans les établissements de santé, ni les actes réalisés par les intervenants de SSR pour des patients hospitalisés dans un autre champ de soins (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie – MCO –, psychiatrie...). L'activité externe en SSR n'est donc ni comptabilisée, ni valorisée en l'état.

Seuls les établissements de court séjour sont en mesure de facturer leur activité externe, y compris celle de leurs SSR rattachés, mais ce n'est pas le cas des établissements autorisés en soins de suite et de réadaptation sans être également autorisés en court séjour (ni des établissements psychiatriques). En pratique, il existe par conséquent une dissymétrie juridique et financière à rééquilibrer entre établissements de santé, tout en accompagnant par ailleurs une évolution naturelle et une augmentation souhaitable des pratiques de soins

ambulatoires qu'il convient d'encourager, chaque fois que l'hospitalisation conventionnelle peut être évitée.

Cette disposition serait également favorable à l'équilibre et à l'accessibilité de l'offre de réadaptation et de réinsertion, compte-tenu de la très grande hétérogénéité de répartition territoriale de l'offre de professionnels de santé libéraux, qui pénalise notamment l'accès de la population aux compétences de médecine physique et de réadaptation ou de masseurs-kinésithérapeutes. L'exercice salarié des métiers concernés atténue les grandes hétérogénéités géographiques de l'exercice sous forme libérale.

Dans l'attente du passage effectif à la tarification à l'activité dans le champ SSR, un établissement SSR non autorisé en MCO devrait pouvoir avec l'autorisation du DG-ARS facturer à l'assurance maladie les consultations et actes externes qu'il réalise.

De la même façon, l'activité de traitements et cures ambulatoires (TCA) n'est pas concrètement financée puisqu'également incluse dans la DAF. Cette notion de TCA a été reconnue par la circulaire n° DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de SSR en tant que mode de prise en charge envisageable en SSR. Il s'agit d'un niveau intermédiaire entre les consultations et actes externes, d'une part, et l'hospitalisation de jour d'autre part. L'émergence et la clarification de cette notion a également pour intérêt d'engager au plus vite les pouvoirs publics dans une prévention des difficultés rencontrées auparavant en court séjour, faute de définitions claires (problématique des « actes frontières »). A la différence des consultations et actes externes, le recueil PMSI SSR permet de suivre cette activité de TCA puisque le type d'hospitalisation comprend cette information (Code 4 : séances TCA en soins de suite médicalisés ; Code 8 : séances TCA en rééducation fonctionnelle).

Or, l'absence de définition juridique nationale claire (hormis quelques éléments d'informations à destination des anciens directeurs d'ARH dans des courriers ministériels de 2009, sans valeur juridique réglementaire et sans réel contenu de prise en charge) entraîne une différence de traitement entre les régions, certaines d'entre elles ayant reconnu l'activité de TCA à l'instar de la Bretagne, alors que d'autres ne les ont pas intégrés à leur réflexion planificatrice.

En conséquence, une définition juridique claire des TCA au niveau national avec des règles de facturation précises pourrait mettre un terme à ce problème d'équité interrégionale, et concrétiserait une avancée précise du chantier d'ensemble de la tarification à l'activité en SSR.

AMENDEMENT PRESENTE PAR VALERIE ROSSO-DEBORD

Proposition d'amendement pour permettre la prise en compte des soins externes et des hospitalisations à temps partiel (hors hôpital de jour) pour les services de soins de suite et de réadaptation sous dotation annuelle de financement

37

Après l'article 37 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« Dans le cadre de l'expérimentation prévue à l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 et dans l'attente d'un financement à l'activité concernant l'activité de soins de suite et de réadaptation, un décret publié dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi établit les conditions dans lesquelles :

- 1° La facturation des consultations et des actes externes pour l'activité de soins de suite et de réadaptation peut être réalisée par les établissements de santé mentionnés à l'article L.174-1 du code de la sécurité sociale après accord du directeur général de l'agence régionale de santé, par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L.162-26 du même code. Ces prestations sont prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles.
- 2° L'activité de traitements et cures ambulatoires est définie pour l'activité de soins de suite et de réadaptation, à l'image du forfait « sécurité environnement » établi en chirurgie pour répondre à la problématique des actes frontières. »

EXPOSÉ DES MOTIFS

Conformément aux dispositions de l'alinéa 2 de l'article L.162-26 du code de la sécurité sociale, les consultations et actes externes sont actuellement inclus dans la Dotation Annuelle de Financement (DAF) des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) et ne peuvent pas faire l'objet d'une facturation en sus à l'Assurance-maladie (exemple : explorations fonctionnelles).

En outre, cette activité n'est pas recueillie par le Programme de médicalisation des systèmes d'information en soins de suite ou de réadaptation (PMSI-SSR) puisque les Résumés hebdomadaires standardisés (RHS) ne couvrent ni l'activité de consultations et de soins externes de SSR réalisée dans les établissements de santé, ni les actes réalisés par les intervenants de SSR pour des patients hospitalisés dans un autre champ de soins (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie – MCO –, psychiatrie...).¹ L'activité externe en SSR n'est donc ni comptabilisée, ni valorisée en l'état.

Seuls les établissements de court séjour sont en mesure de facturer leur activité externe, y compris celle de leurs SSR rattachés, mais ce n'est pas le cas des établissements autorisés en Soins de Suite et de Réadaptation sans être également autorisés en court séjour, (ni des établissements

¹ Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation, ATIH novembre 2009, Propos introductifs.

psychiatriques). En pratique, il existe par conséquent une dissymétrie juridique et financière à rééquilibrer entre établissements de santé, tout en accompagnant par ailleurs une évolution naturelle et une augmentation souhaitable des pratiques de soins ambulatoires qu'il convient d'encourager, chaque fois que l'hospitalisation conventionnelle peut être évitée.

Cette disposition serait également favorable à l'équilibre et à l'accessibilité de l'offre de réadaptation et de réinsertion, compte-tenu de la très grande hétérogénéité de répartition territoriale de l'offre de professionnels de santé libéraux, qui pénalise notamment l'accès de la population aux compétences de médecine physique et de réadaptation ou de masseurs-kinésithérapeutes (confer cahier spécial n°2 de la gazette des communes, 4 octobre 2010, cartographies de la page 21). L'exercice salarié des métiers concernés atténue les grandes hétérogénéités géographiques de l'exercice sous forme libérale.

Dans l'attente du passage effectif à la tarification à l'activité dans le champ SSR, un établissement SSR non autorisé en MCO devrait pouvoir avec l'autorisation du DG-ARS facturer à l'Assurance-maladie les consultations et actes externes qu'il réalise.

De la même façon, l'activité de traitements et cures ambulatoires (TCA) n'est pas concrètement financée puisqu'elle est également incluse dans la DAF. Cette notion de TCA a été reconnue par la circulaire n° DHOS/O1/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de SSR en tant que mode de prise en charge envisageable en SSR. Il s'agit d'un niveau intermédiaire entre les consultations et actes externes, d'une part, et l'hospitalisation de jour d'autre part. L'émergence et la clarification de cette notion a également pour intérêt d'engager au plus vite les pouvoirs publics dans une prévention des difficultés rencontrées auparavant en court séjour, faute de définitions claires (problématique des « actes frontières »). A la différence des consultations et actes externes, le recueil PMSI SSR permet de suivre cette activité de TCA puisque le type d'hospitalisation comprend cette information (Code 4 : séances TCA en soins de suite médicalisés ; Code 8 : séances TCA en rééducation fonctionnelle²).

Or, l'absence de définition juridique nationale claire (hormis quelques éléments d'informations à destination des anciens Directeurs d'ARH dans des courriers ministériels de 2009³, sans valeur juridique réglementaire et sans réel contenu de prise en charge) entraîne une différence de traitement entre les régions, certaines d'entre elles ayant reconnu l'activité de TCA à l'instar de la Bretagne, alors que d'autres ne les ont pas intégrés à leur réflexion planificatrice.

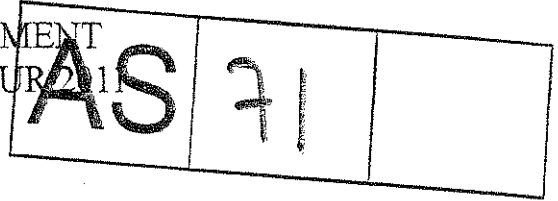
En conséquence, une définition juridique claire des TCA au niveau national avec des règles de facturation précises pourrait mettre un terme à ce problème d'équité interrégionale, et concrétiserait une avancée précise du chantier d'ensemble de la tarification à l'activité en SSR.

² Cf. B 2 Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins de suite et de réadaptation, BO n°2010/2 bis, Fascicule spécial.

³ Cf. courrier DHOS n° 00477 du 27 avril 2009 et courrier DHOS n° 094351 du 19 octobre 2009.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 38

alinéa 2
Ajouter un ~~dernier~~ paragraphe ainsi rédigé :

« A la fin du premier alinéa du I de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 28 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, ajouter la phrase :

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

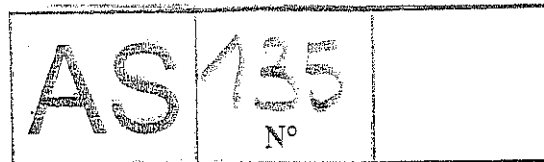
Le principe d'une facturation dissociée selon le type d'établissements de santé pratiquant une activité de MCO a été retenu. A ce titre, les établissements dits « ex OQN » sont passés en facturation individuelle, la facturation des établissements « ex DG » ayant été conçue quant à elle de façon dérogatoire,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

Cette procédure dérogatoire devait initialement ne s'appliquer que pour l'année 2005. Cette date a été successivement repoussée au 31 décembre 2008, puis au 1^{er} juillet 2001.

Le présent article propose de repousser à nouveau la fin de la procédure dérogatoire, au 1^{er} janvier 2013.

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

ART.



ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article 38

Insérer un 2^{ème} alinéa ainsi rédigé :

A la fin du premier alinéa du I de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 28 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, ajouter la phrase :

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

Exposé des motifs :

Cet amendement a pour but la facilitation de la convergence intersectorielle – Information du Parlement sur l'expérimentation résultant de la procédure de facturation dérogatoire prévue pour les établissements « ex DG »

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

Cette procédure dérogatoire devait initialement ne s'appliquer que pour l'année 2005. Cette date a été successivement repoussée au 31 décembre 2008, puis au 1^{er} juillet 2011.

Le présent article propose de repousser à nouveau la fin de la procédure dérogatoire, au 1^{er} janvier 2013.

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

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS	78	
----	----	--

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 39

Supprimer le 9ème alinéa

et rédiger ainsi le 15 ème alinéa :

« Les recours des tiers payeurs autres que l'office ne peuvent être exercés que contre les assureurs des structures reprises par l'Etablissement français du sang, mentionnées au sixième alinéa du présent article, lorsque le dommage est imputable à une faute. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

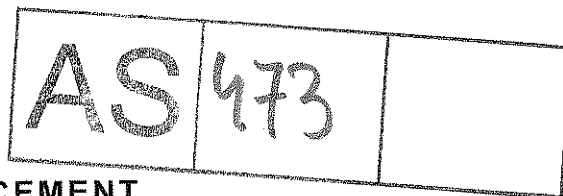
Avec le nouveau dispositif prévu par l'article 67 de la loi du 17/12/2008, l'ONIAM se substitue à l'EFS dans l'indemnisation des victimes du virus de l'hépatite C causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés. Pour autant l'ONIAM ne peut pas se substituer à l'Etablissement français du sang dans ses droits et obligations résultant des contrats d'assurance souscrits par les structures reprises par l'Etablissement français du sang, sauf à prendre la qualité d'assuré au contrat.

Toutefois, une telle disposition procède d'un amalgame entre la logique de solidarité et la logique de responsabilité. Le choix du législateur de prévoir un mécanisme d'indemnisation amiable des victimes du virus de l'hépatite C causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang relève de la solidarité nationale. Le contrat d'assurance ne peut relever de cette même logique de solidarité nationale sauf à dévoyer la nature même de l'opération d'assurance. Pour rétablir la logique de responsabilité propre à l'opération d'assurance, il convient d'inscrire la relation de l'assureur de l'EFS dans le champ du recours subrogatoire de l'ONIAM prévu à l'article L3122.4 du code de la santé publique.

En effet, comme l'a souligné la Cour de Cassation par un arrêt de la 2^{ème} chambre civile du 17 juin 2010, il convient de retrouver la logique de responsabilité au stade du recours contre le ou les responsables du dommage et, par conséquent, d'écarter la logique d'indemnisation dans les rapports avec le responsable éventuel. Ainsi, par cet arrêt, soucieuse du respect des logiques d'indemnisation et de responsabilité et de leur parfaite articulation, la Cour de Cassation, a affirmé que la présomption simple d'imputabilité d'une contamination par le virus de l'hépatite C à une transfusion de produits sanguins labile, n'est édictée par l'article 102 de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, qu'au seul bénéfice des victimes.

En l'état actuel de sa rédaction, la portée des dispositions de l'article 39 ne correspond d'ailleurs pas à l'exposé des motifs qui, à juste titre, précise que « l'ONIAM pourra désormais recouvrer, en lieu et place de l'EFS, les indemnités versées par les assurances dont bénéficie ce dernier, en cas de faute d'un établissement de transfusion sanguine.

En outre, s'agissant du recours des tiers payeurs, il convient d'en harmoniser les modalités d'exercice avec celles prévues pour l'ONIAM. Il convient donc de soumettre l'exercice du recours subrogatoire des tiers payeurs contre les assureurs des structures reprises par l'EFS à l'exigence d'une faute.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

Amendement présenté par M.

*Doov
rapporteur*

Article additionnel

Après l'article 39, insérer un article ainsi rédigé :

L'article L. 1142-21-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° les mots : « à l'occasion d'un acte lié à la naissance » sont supprimés ;

2° après les mots : « en application de l'article L. 1142-2 », la fin de l'article est ainsi rédigée : « , sans que l'office puisse se retourner contre le professionnel. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Depuis plusieurs années, les médecins libéraux exerçant des spécialités officiellement reconnues « à risque » (l'obstétrique, l'anesthésie et la chirurgie) interpellent les pouvoirs publics sur le risque que constitue pour eux l'engagement de leur responsabilité civile en cas d'accident médical. En effet, les indemnités allouées aux victimes peuvent dépasser le « plafond de garantie » réglementaire (3 millions d'euros), le praticien devant verser le reste sur ses fonds personnels.

Ce risque conduit les assureurs à exiger des primes très élevées, sans rapport avec la sinistralité observée, pour constituer des provisions. Or ces primes sont prises en charge en partie par l'assurance maladie.

Faute de réponse convaincante des pouvoirs publics à ce problème, les praticiens sont de plus en plus nombreux à abandonner l'exercice des spécialités concernées, ce qui posera de sérieuses difficultés d'accès aux soins à court terme. Pour apporter une solution définitive au problème, cet amendement propose de faire intervenir l'ONIAM.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

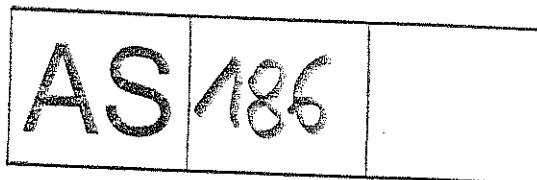
ARTICLE 40

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

En l'état actuel du texte, le statut, l'organisation, le financement et les conditions d'implantation des maisons de naissances sont flous et les auteurs de cet amendement sont extrêmement préoccupés par le manque de garanties concernant la sécurité des femmes et des nourrissons.

PROJET DE LOI



DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2011

n°2854

Amendement présenté par Guy Lefrand 

Article ● 40

Supprimer cet article.

Exposé des motifs

40

Le présent amendement a pour objet de proposer la suppression de l'article ●. L'absence de garanties de nature à préserver un haut niveau de sécurité des soins prodigués aux parturientes et aux nourrissons, s'oppose en effet à la mise en place de cette expérimentation :

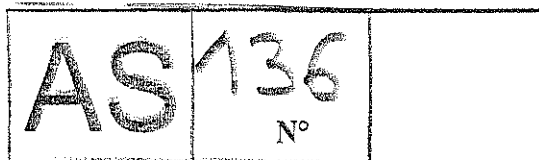
L'objectif des pouvoirs publics via les plans périnatalité successifs a été d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par le recours à des normes précises de fonctionnement et par une restructuration importante de l'offre obstétrico-pédiatrique. L'un des axes du plan de périnatalité de 1970-1976 consistait en la sécurisation de la naissance avec trois principales mesures : le renforcement des moyens techniques adéquats dans les maternités, notamment pour réanimer les nouveau-nés, la formation des professionnels et surtout la disponibilité immédiate de ces derniers.

Le plan 1995-2000, a privilégié la sécurisation de l'accouchement par la restructuration des maternités et, concrètement, la fermeture des plus petites d'entre elles (moins de 300 accouchements) sous l'effet de normes renforcées.

S'il est nécessaire d'éviter une surmédicalisation de la naissance, et de répondre au problème de la démographie médicale en obstétrique, les résultats médiocres de la France en termes de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale, doivent nous interdire de baisser notre niveau d'exigence en termes de sécurité des soins.

L'expérimentation de maisons de naissances ne permet pas de répondre à ces objectifs. La littérature médicale récente montre en effet que la pertinence de la définition de la grossesse à bas risques est très difficile à établir et que tout accouchement peut exiger une prise en charge pluridisciplinaire en urgence, ce que ne permettrait pas les maisons de naissance.

ART.



ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Préel et Claude Leteurtre

Article 40

Supprimer cet article.

Exposé des motifs :

Le présent amendement a pour objet de proposer la suppression de l'article 40. L'absence de garanties de nature à préserver un haut niveau de sécurité des soins prodigués aux parturientes et aux nourrissons, s'oppose en effet à la mise en place de cette expérimentation :

L'objectif des pouvoirs publics via les plans périnatalité successifs a été d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par le recours à des normes précises de fonctionnement et par une restructuration importante de l'offre obstétrico-pédiatrique. L'un des axes du plan de périnatalité de 1970-1976 consistait en la sécurisation de la naissance avec trois principales mesures : le renforcement des moyens techniques adéquats dans les maternités, notamment pour réanimer les nouveau-nés, la formation des professionnels et surtout la disponibilité immédiate de ces derniers.

Le plan 1995-2000, a privilégié la sécurisation de l'accouchement par la restructuration des maternités et, concrètement, la fermeture des plus petites d'entre elles (moins de 300 accouchements) sous l'effet de normes renforcées.

S'il est nécessaire d'éviter une surmédicalisation de la naissance, et de répondre au problème de la démographie médicale en obstétrique, les résultats médiocres de la France en termes de morbidité et de mortalité maternelle et fœtale, doivent nous interdire de baisser notre niveau d'exigence en termes de sécurité des soins.

L'expérimentation de maisons de naissances ne permet pas de répondre à ces objectifs. La littérature médicale récente montre en effet que la pertinence de la définition de la grossesse à bas risques est très difficile à établir et que tout accouchement peut exiger une prise en charge pluridisciplinaire en urgence, ce que ne permettrait pas les maisons de naissance.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	80	
----	----	--

ARTICLE 40

Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

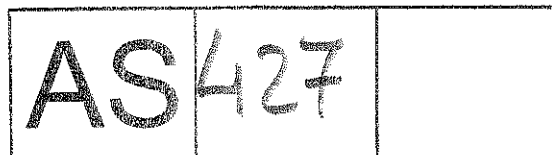
Le présent amendement a pour objet de proposer la suppression de l'article 39. L'absence de garanties de nature à préserver un haut niveau de sécurité des soins prodigués aux parturientes et aux nourrissons, s'oppose en effet à la mise en place de cette expérimentation :

L'objectif des pouvoirs publics via les plans périnatalité successifs a été d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par le recours à des normes précises de fonctionnement et par une restructuration importante de l'offre obstétrico-pédiatrique. L'un des axes du plan de périnatalité de 1970-1976 consistait en la sécurisation de la naissance avec trois principales mesures : le renforcement des moyens techniques adéquats dans les maternités, notamment pour réanimer les nouveau-nés, la formation des professionnels et surtout la disponibilité immédiate de ces derniers.

Le plan 1995-2000, a privilégié la sécurisation de l'accouchement par la restructuration des maternités et, concrètement, la fermeture des plus petites d'entre elles (moins de 300 accouchements) sous l'effet de normes renforcées.

S'il est nécessaire d'éviter une surmédicalisation de la naissance, et de répondre au problème de la démographie médicale en obstétrique, les résultats médiocres de la France en termes de morbidité et de mortalité maternelle et foetale, doivent nous interdire de baisser notre niveau d'exigence en termes de sécurité des soins.

L'expérimentation de maisons de naissances ne permet pas de répondre à ces objectifs. La littérature médicale récente montre en effet que la pertinence de la définition de la grossesse à bas risques est très difficile à établir et que tout accouchement peut exiger une prise en charge pluridisciplinaire en urgence, ce que ne permettrait pas les maisons de naissance.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur ~~du nom de la commission de la sécurité sociale~~, pour
l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article 40

À l'alinéa 2, après les mots : « le suivi de grossesse », insérer les mots : « et dont la grossesse est sans situation à risque ou à faible niveau de risque ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préciser que l'activité des maisons de naissance porte uniquement sur l'accompagnement des grossesses et des accouchements sans situation à risque ou relevant d'un faible niveau de risque, compte-tenu des facteurs figurant dans les recommandations de la Haute autorité de santé.

Il s'agit ainsi de garantir la sécurité des mères et de leurs enfants, en limitant l'expérimentation des maisons de naissance aux femmes enceintes dont les sages-femmes auront considéré qu'elles ne présentent pas de risque. Dès qu'un risque sera identifié, la femme devra consulter un gynécologue-obstétricien et accoucher en établissement de santé.

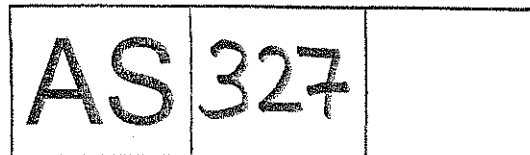
ASSEMBLEE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 – (n° 2854°

AMENDEMENT N°

présenté par

Mme Dumoulin



ARTICLE 40

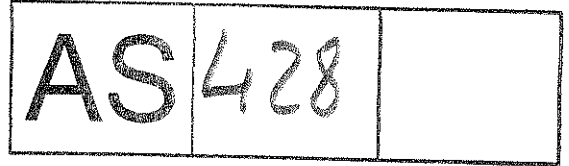
Après l'alinéa 2, insérer l'alinéa suivant

« Les maisons de naissance sont tenues de conclure une convention avec un établissement de santé tel que défini à l'article L6111-1, situé à proximité immédiate, afin de garantir la prise en charge des nouveau-nés et de la mère en cas de complications pendant ou après l'accouchement. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La volonté de ne pas médicaliser une grossesse et par conséquent d'avoir recours à une prise en charge au sein d'une « maison de naissance » est prise en compte par l'Article 40 du présent texte.

Si les « maisons de naissance » sont censées n'accueillir que des grossesses non pathologiques et sans risques, il n'en reste pas moins vrai qu'il appartient aux pouvoirs publics de pallier à tout risque pour l'enfant et pour la mère. A cet effet, et afin d'éviter tout problème d'attente, il convient de prévoir, par le biais d'une convention, une prise en charge immédiate lorsqu'une difficulté médicale survient.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door,
rapporteur [REDACTED], pour
l'assurance maladie et les accidents du travail**

Article 40

Après l'alinéa 4, insérer l'alinéa suivant :

« Les maisons de naissance doivent signer une convention avec un établissement de santé tel que défini à l'article L. 6111-1 attenant, autorisé à l'activité de gynécologie-obstétrique. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préciser deux points, afin de garantir la sécurité des mères et des enfants entrant en maison de naissance.

Il s'agit tout d'abord de prévoir que les maisons de naissance devront passer une convention avec un établissement de santé autorisé à l'activité de gynécologie-obstétrique.

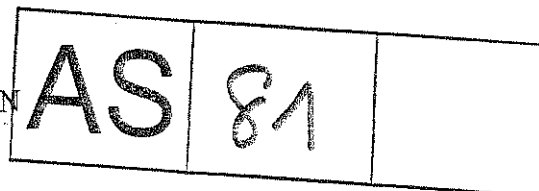
Par ailleurs, il est précisé que cet établissement doit être attenant à la maison de naissance. En effet, il est impératif de garantir la possibilité du transfert rapide d'une femme vers le bloc obstétrique en cas de complication.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN



ARTICLE 40

Au 7ème alinéa,

Remplacer les mots :

"Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent"

Par les mots suivant :

"Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé arrête"

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de cohérence avec la loi HPST et la création des Agences Régionales de Santé (ARS), en vue d'une gestion de l'offre de soins au plus proche des besoins des territoires.

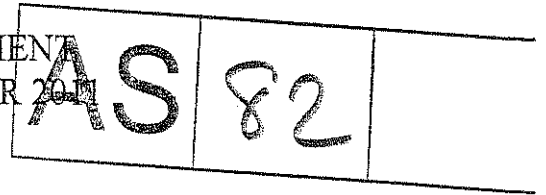
Dans cet esprit, ce sont les Directeurs d'ARS qui doivent être les décideurs de ce type d'expérimentations, qui vont manifestement s'intégrer dans la stratégie plus globale de restructuration de l'offre hospitalière que ces Directeurs devront mener.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2014

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN



ARTICLE 40

Dans la dernière phrase du 7ème alinéa,

Remplacer les mots :

"Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent"

Par les mots suivant :

"Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé arrête"

EXPOSÉ SOMMAIRE

Comme pour la décision d'autorisation d'expérimentation d'une maison de naissance, la décision de fermeture doit relever du domaine de compétence de l'autorité chargée de la gestion de l'organisation des soins au plus proche des besoins, c'est à dire le DG de l'ARS.