

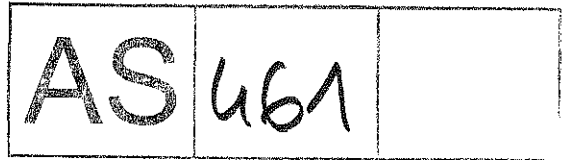
Le 19 octobre 2011

Commission des affaires sociales

Projet de loi n° 3790 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

Amendements reçus par la commission

Liase 3 / 6



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

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

Article 33

À l'alinéa 7, substituer au montant : « 4 580 € », le montant :
« 5 580 € »

EXPOSÉ SOMMAIRE


Cet amendement vise à porter à 5 580 euros le plafond du montant des droits versés par les entreprises pharmaceutiques à la Haute autorité de santé pour l'évaluation médico-économique des produits. En effet, cette nouvelle activité implique la mise en œuvre de moyens humains et financiers supplémentaires par la HAS. Ces dépenses doivent être couvertes en partie par le montant des droits.

AS	62	
----	----	--

Projet de loi n°3790 relatif au financement de la sécurité sociale pour 2012

AMENDEMENT

présenté par

Mme Anny Poursinoff, 

Article 33

Après les mots : « dont le barème est fixé par décret », supprimer la fin de le l'alinéa 7 de cet article.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Les auteurs de cet amendement ne remettent pas en question la taxe existante concernant l'inscription des médicaments. Ils proposent que toute demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un produit de santé soit accompagnée du versement d'une taxe additionnelle proportionnelle au chiffre d'affaire de l'année n-1.

Il semble équitable qu'un médicament plus vendu qu'un autre concourt proportionnellement aux recettes de la sécurité sociale.

PROJET DE LOI

AS	28	
----	----	--

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement n°17 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article 33

l'alinéa 12 par la phrase suivante:

Compléter le 2° du III comme suit :

~~« L'alinéa 12 du même code est ainsi modifié :~~

~~2° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :~~

~~« La commission de composition et les règles de fonctionnement de la commission spécialisée mentionnée au onzième alinéa du présent article sont définies par l'article 12 du présent décret. »~~

La composition de la commission spécialisée doit pouvoir intégrer toutes les parties prenantes notamment les fédérations de l'hospitalisation»

Exposé des motifs

La Haute Autorité de Santé émet des avis qui impactent directement les établissements.

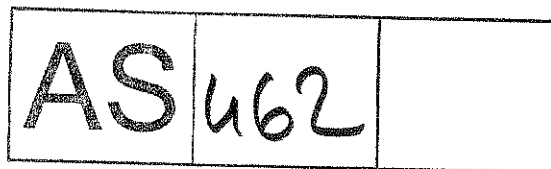
La commission spécialisée qui sera chargée de formuler des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces doit donc pouvoir remplir cette mission en ayant entendu toutes les parties prenantes.

Les établissements de santé étant au premier rang en termes de stratégies de soins et de prise en charge, il est légitime à ce qu'ils soient entendus à travers leurs organisations syndicales représentatives.

Cette légitimité est d'autant plus justifiée que la commission de la transparence qui a pour objet de donner un avis sur la prise en charge, d'évaluer et de contribuer au bon usage du médicament est composée d'un représentant des organisations syndicales représentatives des fabricants de produits pharmaceutiques.

Aussi, pour favoriser un large consensus sur les recommandations émises, il est primordial que les fédérations de l'hospitalisation soient entendues et consultées dans le cadre des commissions spécialisées.

Une place doit donc être réservée aux fédérations représentatives au sein de cette commission spécialisée.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

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

Article 33

Compléter l'article par les deux alinéas suivants :

« XI. – Au premier alinéa de l'article L. 5211-5-2 du code de la santé publique, le montant : « 5 580 € » est substitué au montant : « 4 580 € » ;

« XII. – Au deuxième alinéa de l'article L. 5123-5 du code de la santé publique, le montant : « 5 600 € » est substitué au montant : « 4 600 € » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à porter à 5 600 euros le plafond du montant des droits versés par les entreprises pharmaceutiques à la Haute autorité de santé au titre de l'évaluation menée par la commission de la transparence et à 5 580 euros le plafond du montant des droits versés au titre des évaluations menées par la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et technologies de santé.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790

Amendement n°

AS	174	
----	-----	--

Jean Luc PREEL Claude LETEURTRE ~~Yves CHENOUARD~~ et les ~~membres~~ du groupe Nouveau
Centre *Communes*

Article 33

A l'article 33, après l'alinéa 19, insérer un dernier alinéa ainsi rédigé :

XI. « *Des sanctions financières ou hausses de prix sont prévues en cas de non réalisation des études post-AMM. Un décret pris en Conseil d'Etat en précisera les modalités d'application.* ».

EXPOSE DES MOTIFS :

Cet amendement vise à introduire des sanctions en cas de non réalisation d'études post-AMM.

Il est nécessaire d'avoir une obligation, après la mise sur le marché, de réévaluation systématique des produits à finalité sanitaire. Bien souvent les risques liés à l'utilisation de certains produits surviennent après la mise sur le marché. Il est donc important que ceux-ci puissent être pris en compte, et signalés au regard d'une nouvelle évaluation. C'est à notre sens une procédure nécessaire au renforcement de la pharmacovigilance.

C'est pourquoi tout manquement doit être sanctionné.

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

Article additionnel après l'article ~~33~~ 33

A L'article L5121-10 du code de santé publique, à la fin du premier alinéa, insérer les deux alinéas :

I - Pour des questions de santé publique, par exception au code de la propriété intellectuelle, le code de la santé publique permet que l'enregistrement d'une marque afférente à la présentation ou aux caractères organoleptiques d'une spécialité de référence au sens de l'article L 5121-1, 5° du code de la santé publique ne fasse pas obstacle à l'utilisation d'une présentation et d'un caractère organoleptique identiques ou similaires dans le cadre de la commercialisation d'une spécialité générique, destinée à être substituée à cette spécialité de référence dans les conditions prévues par l'article L 5125-23 du même code.

II - De même, par exception au code de la propriété intellectuelle, le code de la santé publique permet que les droits conférés par l'enregistrement d'un dessin ou modèle afférent à la présentation ou aux caractères organoleptiques d'une spécialité de référence au sens de l'article L 5121-1, 5° du code de la santé publique ne s'exercent pas à l'égard des actes de commercialisation d'une spécialité générique, destinée à être substituée à cette spécialité de référence dans les conditions prévues par l'article L 5125-23 du même code. «

EXPOSÉ DES MOTIFS

Cet amendement vise à permettre de limiter les risques d'erreurs médicamenteuses et de faciliter le principe de la substitution. Cette mesure, permettrait de gagner au minimum 2 points de substitution, et donc de faire une économie équivalente à 34 M d'€.

Il est parfois reproché aux spécialités génériques de ne pas être identiques aux spécialités de référence sur les caractéristiques telles que la forme, la taille ou la couleur. Certains patients sont troublés par des présentations multiples. Ces différences de présentation sont souvent présentées comme nuisant à la bonne observance des traitements et au bon usage des

spécialités pharmaceutiques. Elles sont également parfois utilisées pour justifier un refus de la substitution de la spécialité de référence par une spécialité générique.

En pratique les spécialités de référence peuvent se voir grever d'une multitude de titres de propriété intellectuelle protégeant les aspects de leur présentation tels que la couleur, la forme, la taille ou encore la sécabilité. La protection de ces éléments relève du droit des marques et du droit sur les dessins et modèles. Les laboratoires ont ainsi la possibilité de renouveler indéfiniment les droits protégeant les caractéristiques visuelles de leurs présentations pharmaceutiques. Les laboratoires de spécialités génériques se voient donc contraints, pour ne pas enfreindre ces différents titres, de rechercher une autre présentation.

Pour limiter le nombre des présentations différentes, il conviendrait de permettre aux laboratoires de spécialités génériques de pouvoir copier les éléments relatifs à l'aspect de la présentation qu'ils souhaitent générer sans préjudice des droits de propriété intellectuelle.

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

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

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

Article additionnel après l'article 33

Après l'article 33, insérer l'article suivant :

« 1° Au deuxième alinéa de l'article L.161- 41 du code de la sécurité sociale, les mots : « qui en fixe la composition et les règles de fonctionnement » sont supprimés et l'alinéa est complété par la phrase : « Le mode de nomination des membres, la composition ainsi que les règles de fonctionnement des commissions spécialisées sont fixées par le collègue » ;

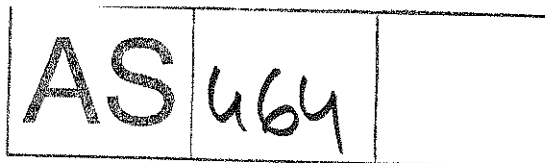
« 2° Au deuxième alinéa de l'article L.165-1 du même code, les mots « ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission » sont supprimés ;

« 3° Au premier alinéa de l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, les mots : « dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'État » sont supprimés. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Pour des raisons historiques, et une création des commissions de la transparence et de la commission d'évaluation des dispositifs médicaux antérieures à la Haute autorité de santé, les commissions spécialisées de la Haute Autorité de Santé n'ont pas un statut identique au regard de leur dénomination, de leur composition et de leurs règles de fonctionnement.

Il est donc proposé dans le présent amendement d'uniformiser ces pratiques.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

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

Article additionnel après l'article 33

Après l'article 33, insérer l'article suivant :

« Le premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

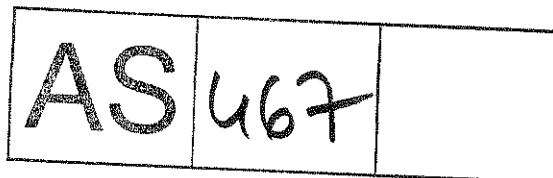
« Lorsque la fixation du prix ne tient pas compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, tel que fixé par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé doit motiver sa décision auprès de cette commission. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

En l'état actuel du droit, l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale prévoit que *« le prix de vente au public des médicaments est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicament à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. »*

Dans les faits, la fixation du prix des produits de santé est le fruit de négociations entre le CEPS et les entreprises pharmaceutiques. Le CEPS ne suit pas toujours les décisions de la commission de la transparence. Il s'appuie pour cela sur la décision du Conseil d'État du 23 octobre 2002 Société des laboratoires Mayoly Spindler, qui dispose : *« si le CEPS peut, pour estimer l'ASMR apporté par une spécialité, s'appuyer sur les éléments que comporte l'avis rendu par la commission de la transparence [...], il lui appartient d'apprécier lui-même l'ensemble des éléments devant conduire à la fixation du prix de la spécialité »*.

Il s'agit donc par cet amendement, conformément aux préconisations récentes de la Cour des comptes, de clarifier les prises de décisions du CEPS et de mieux articuler son action et celle de la commission de la transparence dépendant de la HAS.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

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

Article additionnel après l'article 33

Après l'article 33, insérer l'article suivant :

« Au II de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « un suivi périodique des dépenses de médicaments » sont ajoutés les mots : « et des dispositifs médicaux ». »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Selon un avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie sur les dispositifs médicaux en date du 29 mai 2008, la variété et l'hétérogénéité des dispositifs médicaux présents sur le marché français réduisent la volonté de déployer des systèmes de surveillance économique de ce marché. Pourtant, la croissance de ce marché est très forte.

Le rapport de l'IGAS de novembre 2010 sur « l'évolution et la maîtrise des dépenses de dispositifs médicaux » précise que le marché de ville a progressé de 11,3 % par an de 1995 à 2009, ce qui correspond à la plus vive croissance de l'assurance maladie. Ce rapport pointe aussi que « *la connaissance du marché reste parcellaire rendant complexe la fixation du juste prix par le CEPS* ». Alors qu'il incombe aux fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux de déclarer de façon obligatoire auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'ensemble des produits et prestations commercialisés ou inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), le suivi des dépenses de dispositifs médicaux est insuffisant.

Le présent amendement a pour objet de mettre en place, sous l'égide du Comité économique des produits de santé, un suivi périodique du marché des dispositifs médicaux, à l'instar de ce qui existe pour les médicaments. Ce suivi portera sur le champ de l'ambulatoire, de

l'hospitalisation complète et de l'équipement. Il intégrera également le prix de vente de chaque dispositif médical inscrit sur la LPPR.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

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

ARTICLE ADDITIONNEL

~~13~~ 33

Après l'article ~~23~~, ajouter un article ainsi rédigé :

Au II de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, après les mots :

« un suivi périodique des dépenses de médicaments »

sont ajoutés les mots :

« et des dispositifs médicaux ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Selon un avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie sur les dispositifs médicaux en date du 29 mai 2008, la variété et l'hétérogénéité des dispositifs médicaux présents sur le marché français réduisent la volonté de déployer des systèmes de surveillance économique de ce marché.

Pourtant, ce marché affiche certaines particularités : il connaît des taux de progression importants en volume et ce, dans un contexte de vieillissement de la population nécessitant d'optimiser la prise en charge des besoins de santé.

Le rapport de l'IGAS de novembre 2010 sur « l'évolution et la maîtrise des dépenses de dispositifs médicaux » précise que le marché de ville a progressé de 11,3% / an de 1995 à 2009, ce qui correspond à la plus vive croissance de l'assurance maladie.

Ce rapport pointe aussi que « *la connaissance du marché reste parcellaire rendant complexe la fixation du juste prix par le CEPS* ».

Alors qu'il incombe aux fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux de déclarer de façon obligatoire auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'ensemble des produits et prestations commercialisés ou inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), il n'existe pas de mécanisme de suivi des dépenses de dispositifs médicaux. Cette absence participe à l'opacité de ce marché, ce qui nuit à une optimisation de la régulation des dépenses de santé.

Le présent amendement a pour objet de mettre en place, sous l'égide du Comité économique des produits de santé, un suivi périodique des dépenses des dispositifs médicaux inscrits sur la LPPR, à l'instar de ce qui existe pour les médicaments. Ce suivi des dépenses, aussi bien en valeur qu'en volume, portera sur le champ de l'ambulatoire, de l'hospitalisation complète et de l'équipement. Il intégrera également le prix de vente de chaque dispositif médical inscrit sur la LPPR.

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

Article additionnel après l'article ³³ ~~33~~

Après l'article ³ ~~3~~ insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« I- L'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale est supprimé.

« II- Au 6^{ème} alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « *soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L.162-18* » sont remplacés par les mots : « *un ajustement des prix* ».

« III- L'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Le 1° de l'article L.162-17-4 est complété par un 1° bis ainsi rédigé : « *La baisse de prix applicable en cas de dépassement par l'entreprise des volumes de vente précités* ».

b) Au 2° de l'article L.162-17-4 les mots : « *Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 162-18 et L. 162-16-5-1* » sont remplacés par les mots : « *Le cas échéant, les remises prévues en application de l'article L.162-16-5-1* ».

« IV- A l'article L. 162-37 du code de la sécurité sociale, les mots : « *aux articles L.162-14, L. 162-16 et L.162-18* » sont remplacés par les mots : « *aux articles L.162-14 et L.162-16* ».

« V.- Le premier alinéa de l'article L165-4 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Exposé des motifs

Les remises ou les baisses de prix de médicaments sont les deux instruments de régulation conventionnelle en cas de dépassement du chiffre d'affaires prévisionnel des laboratoires pharmaceutiques : le laboratoire pharmaceutique est libre de choisir l'un ou l'autre de ces dispositifs, conformément à l'article L.138-10 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, ces deux méthodes de régulation n'engendrent pas les mêmes impacts pour les financeurs et les patients. En effet, le mécanisme des remises, qui s'applique sur le chiffre d'affaires de certains médicaments, profite exclusivement à l'Assurance maladie obligatoire puisque la remise est versée chaque année à l'ACOSS, alors que la solvabilisation des dépenses remboursables est assurée, non

seulement par l'Assurance maladie obligatoire mais aussi par l'Assurance maladie complémentaire et le patient. L'absence de répartition équitable de l'économie pour chacun des acteurs a ainsi pour conséquence une modification du taux réel de prise en charge du médicament par les différents acteurs.

Par ailleurs, sur un plan général, en termes de régulation du marché du médicament, le versement de remises par l'industrie pharmaceutique a des effets pervers tels que :

- l'opacification du marché du médicament puisqu'il est constaté une déconnexion entre le prix facial (prix vignette qui est la base de remboursement des complémentaires santé), et le prix réel payé par l'assurance maladie obligatoire (prix vignette diminué des remises versées),
- la rentabilité du dispositif des remises est discutable : le versement de remises entraîne en effet des économies inférieures aux baisses de prix. De plus, les baisses de prix sont plus incitatives que les remises de fin d'année, car elles ont davantage d'impact sur le long terme.
- la possibilité offerte aux laboratoires de verser des remises à la place d'une baisse de prix affaiblit la position du Comité économique des produits de santé : en effet, alors que les baisses de prix voient leur effet s'appliquer à toutes les ventes à venir de médicaments, les remises sont renégociées chaque année.

C'est donc un mécanisme de baisse de prix qui doit être privilégié pour réguler le marché du médicament. Il est plus juste, bénéficie de façon équitable à tous et permet une meilleure transparence du marché des médicaments ainsi que le respect du taux de prise en charge fixé par voie réglementaire.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

(n°3790)

AMENDEMENT

présenté par

AS	343	
----	-----	--

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

ARTICLE ADITIONNEL

Après l'article 33, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« I- L'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale est supprimé.

« II- Au 6^{ème} alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L.162-18 » sont remplacés par les mots : « un ajustement des prix ».

« III- L'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Le 1° de l'article L.162-17-4 est complété par un 1° bis ainsi rédigé : « La baisse de prix applicable en cas de dépassement par l'entreprise des volumes de vente précités ».

b) Au 2° de l'article L.162-17-4 les mots : « Le cas échéant, les remises prévues en application des articles L. 162-18 et L. 162-16-5-1 » sont remplacés par les mots : « Le cas échéant, les remises prévues en application de l'article L.162-16-5-1 ».

« IV- A l'article L. 162-37 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux articles L.162-14, L. 162-16 et L.162-18 » sont remplacés par les mots : « aux articles L.162-14 et L.162-16 ».

« V.- Le premier alinéa de l'article L165-4 du code de la sécurité sociale est supprimé.

EXPOSE DES MOTIFS

Les remises ou les baisses de prix de médicaments sont les deux instruments de régulation conventionnelle en cas de dépassement du chiffre d'affaires prévisionnel des laboratoires pharmaceutiques : le laboratoire pharmaceutique est libre de choisir l'un ou l'autre de ces dispositifs, conformément à l'article L.138-10 du code de la sécurité sociale. Toutefois, ces deux méthodes de régulation n'engendrent pas les mêmes impacts pour les financeurs et les patients. En effet, le mécanisme des remises, qui s'applique sur le chiffre d'affaires de certains médicaments, profite exclusivement à l'Assurance maladie obligatoire puisque la remise est versée chaque année à l'ACOSS, alors que la solvabilisation des dépenses

remboursables est assurée, non seulement par l'Assurance maladie obligatoire mais aussi par l'Assurance maladie complémentaire et le patient. L'absence de répartition équitable de l'économie pour chacun des acteurs a ainsi pour conséquence une modification du taux réel de prise en charge du médicament par les différents acteurs.

Par ailleurs, sur un plan général, en termes de régulation du marché du médicament, le versement de remises par l'industrie pharmaceutique a des effets pervers tels que :

- l'opacification du marché du médicament puisqu'il est constaté une déconnexion entre le prix facial (prix vignette qui est la base de remboursement des complémentaires santé), et le prix réel payé par l'assurance maladie obligatoire (prix vignette diminué des remises versées),
- la rentabilité du dispositif des remises est discutable : le versement de remises entraîne en effet des économies inférieures aux baisses de prix. De plus, les baisses de prix sont plus incitatives que les remises de fin d'année, car elles ont davantage d'impact sur le long terme.
- la possibilité offerte aux laboratoires de verser des remises à la place d'une baisse de prix affaiblit la position du Comité économique des produits de santé : en effet, alors que les baisses de prix voient leur effet s'appliquer à toutes les ventes à venir de médicaments, les remises sont renégociées chaque année.

C'est donc un mécanisme de baisse de prix qui doit être privilégié pour réguler le marché du médicament. Il est plus juste, bénéficie de façon équitable à tous et permet une meilleure transparence du marché des médicaments ainsi que le respect du taux de prise en charge fixé par voie réglementaire.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

(n°3790)

AMENDEMENT

présenté par

AS	345	
----	-----	--

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

ARTICLE 34

Rédiger ainsi cet article 34 :

L'article 44 de la loi n°2007-17- du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale est ainsi modifié:

1. Au I, les mots « *cinq ans* » sont remplacés par les mots « *six ans* »
2. Au I, après les mots « *dont ils dépendent* » ajouter « *, et à la condition d'appliquer les tarifs opposables .*»
3. Le même I est complété par un alinéa ainsi rédigé: « *Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé peuvent prévoir, dès 2014, la rémunération de l'exercice professionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations.* »

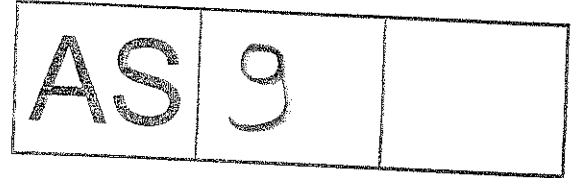
EXPOSE DES MOTIFS

Les auteurs de cet amendement considèrent qu'aucune structure ne peut pouvoir bénéficier de fonds publics si elle n'applique pas les tarifs opposables.

Projet de Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

N° 3790

Commission	
Gouvernement	



AMENDEMENT

Présenté par Rémi DELATTE

Député

Article 34

A l'alinéa 4

~~Au dernier alinéa~~ de l'article, après les mots "Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé" insérer les mots " , ainsi que l'accord national visé à l'article L.162-32-1 du code de la sécurité sociale, "

Exposé des motifs

Comme le souligne l'exposé des motifs de l'article 34, les centres de santé sont parties prenantes des expérimentations prévues par l'article 44 de la LFSS pour 2008.

Or, le dernier alinéa de l'article 34, qui laisse entrevoir la possibilité d'une généralisation de la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations susmentionnées, omet d'inclure les centres de santé dans son champ.

Il convient donc d'ajouter la référence à l'accord national des centres de santé conclu avec l'UNCAM.


ASSEMBLÉE NATIONALE

AS	63	
----	----	--

Projet de loi n°3790 relatif au financement de la sécurité sociale pour 2012

AMENDEMENT

présenté par

Mme Anny Poursinoff, 

Article 34

A l'alinéa 4, après les mots : « professionnels de santé », insérer les mots : « ainsi que l'accord national visé à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale »

EXPOSE DES MOTIFS

Les auteurs de cet amendement souhaitent que les centres de santé soient nommés dans cet article puisqu'ils font partie de l'expérimentation organisée quant aux nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. A noter que l'accord national visé à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est relatif aux rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé .

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

(n°3790)

AMENDEMENT

présenté par

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

AS	344	
----	-----	--

ARTICLE 34

soit alinéa 4
Au dernier alinéa de l'article, après les mots :

"Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé"

Insérer les mots

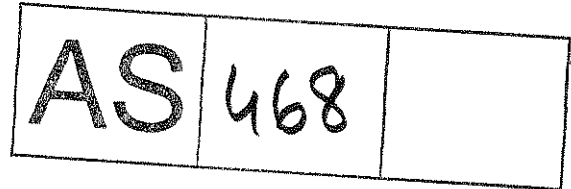
", ainsi que l'accord national visé à l'article L.162-32-1 du code de la sécurité sociale, "

EXPOSE DES MOTIFS

Comme le souligne l'exposé des motifs de l'article 34, les centres de santé sont parties prenantes des expérimentations prévues par l'article 44 de la LFSS pour 2008.

Or, le dernier alinéa de l'article 34, qui laisse entrevoir la possibilité d'une généralisation de la rémunération de l'exercice pluri-professionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations susmentionnées, omet d'inclure les centres de santé dans son champ.

Il convient donc d'ajouter la référence à l'accord national des centres de santé conclu avec l'UNCAM.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

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

Article additionnel après l'article 34

Après l'article 34, insérer l'article suivant :

Au troisième alinéa de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique, insérer après les mots : « ou des communes », les mots : « , les médecins des centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les populations les plus fragiles, en situation de précarité, ne sont pas, bien souvent, à jour de leurs vaccinations. Le simple signalement fait par le CES dans ces situations de « non conformité » au calendrier vaccinal n'est pas suffisant pour conduire les personnes concernées à effectuer le rattrapage vaccinal souhaitable. Il serait beaucoup plus efficace de pratiquer les vaccinations nécessaires sur place dans le même temps que le bilan de santé. Aussi il est proposé de donner la possibilité aux médecins des Centres d'Examens de Santé de réaliser pour leurs consultants adultes, les vaccinations de rattrapage qui apparaissent nécessaires (conformité au calendrier vaccinal) dans le même temps que l'Examen Périodique de Santé (bilan de santé).

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 34

Le Code de la santé publique est modifié comme suit :

I - « A l'alinéa 7 du I de l'article L.4111-2 du code de la santé publique, supprimer le chiffre « 3 » et remplacer par le chiffre « 4 »

« A l'alinéa 2 du I bis de l'article L.4111-2 du code de la santé publique, supprimer le chiffre « 3 » et remplacer par le chiffre « 4 »

II - « A l'alinéa 5 de l'article L.4221-12 du code de la santé publique supprimer le chiffre « 3 » et remplacer par le chiffre « 4 »

III - A l'alinéa 3 du IV de l'article 83 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 supprimer la date « 2011 » et remplacer par la date « 2014 »

Exposé des motifs

Cet amendement vise à répondre à une situation inquiétante : l'application de l'article 83 de la LFSS pour 2007 entraîne, à la fin de l'année 2011, une interdiction d'exercer pour près de 4000 médecins ayant obtenu leur diplôme hors de l'Union européenne.

A compter de 2012, les médecins à diplôme étranger (hors UE), ayant commencé à exercer après le 10 juin 2004, ne pourront plus passer l'examen de vérification des connaissances permettant la procédure d'autorisation d'exercice sur le territoire national mais devront passer un concours. Ce concours offre un nombre de place très restreint, ne prend en compte en aucune façon les années d'exercice en France et n'est pas ouvert à toutes les spécialités.

L'adoption de cet amendement laisserait trois années supplémentaires aux praticiens concernés pour régulariser leur situation, dont dépend directement leur avenir professionnel, leur titre de séjour, mais également leur maintien en activité, essentielle pour de nombreux service de soins, surtout situés dans les déserts médicaux et les zones peu attractives, comme n'ont pas manqué de le souligner les ARS, les directeurs d'hôpitaux et les chefs de service.

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

Article additionnel ~~1~~ ¹ l'article ~~33~~ ³⁴

Insérer l'article suivant :

Le premier alinéa de l'article L. 6122-5 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les praticiens libéraux utilisant des équipements ainsi soumis à autorisation doivent s'engager à réaliser 70 % de leur activité en secteur conventionné de niveau 1. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

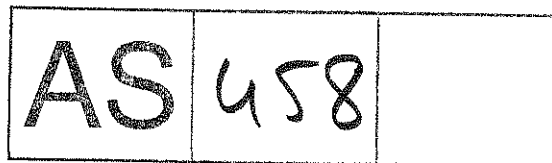
Cet amendement vise à garantir l'existence d'un filet de sécurité pour l'accès aux soins.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dans son article 1 impose aux cliniques privées de pratiquer des tarifs de secteur 1 lorsqu'elles exercent une mission de service public ou en cas d'urgence. Ce qui est le minimum au vu de la politique de démantèlement de l'hôpital public qui est menée actuellement.

Les procédures d'autorisation d'équipements lourds visent à réguler et évaluer leur installation sur le territoire afin de permettre une réelle accessibilité aux soins.

Or, le niveau de tarification des actes conduit souvent à des reports voire des impossibilités de soins. Il convient dès lors de mieux réguler l'accès à ces équipements en prévoyant une contrepartie de la part de l'opérateur autorisé en lui demandant de s'engager à réaliser 70 % de ses actes en secteur 1.

Cette mesure, qui aurait valeur de signal en matière d'accès aux soins, semble d'autant plus juste qu'elle concerne des équipements obtenus grâce à l'accord des pouvoirs publics et en grande partie solvabilisés par le biais de fonds publics. Ces équipements sont aujourd'hui utilisés par des professionnels de santé qui, percevant des revenus les plus importants de ce secteur, sont en mesure d'assurer en quelque sorte un rôle social, d'autant que, détenteurs d'une autorisation délivrée au titre de la carte sanitaire, ils sont parfois en situation de monopole dans leur territoire de santé. Le secteur optionnel dont la création est annoncée n'étant pas une réponse à la maîtrise d'un accès aux soins à des tarifs opposables, il convient d'y remédier en partie par cet amendement.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

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

Article additionnel après l'article 34

Après l'article 34, insérer l'article additionnel suivant :

À l'article L. 6314-2 du code de la santé publique, est substitué à l'alinéa , l'alinéa suivant

« Les médecins participant à la permanence des soins, conformément aux conditions et aux modalités d'organisation définies par décret en Conseil d'État, bénéficient pour les dommages causés ou subis dans cette activité d'une couverture assurantielle fournie par l'établissement public de santé hébergeant la régulation médicale des appels. Ce même régime s'applique dans le cas où, après accord exprès de l'établissement public en cause, le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile. Toute clause d'une convention contraire aux principes énoncés dans le présent article est nulle. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le code de la santé publique ne protège que les médecins régulateurs et pas les médecins effecteurs participant à la permanence des soins. Il exclut en outre les médecins salariés qui pourraient avoir de façon occasionnelle une activité libérale de permanence des soins, comme la loi l'a prévu afin d'élargir la base du volontariat. Enfin, la question des dommages subis qui ne relèvent pas de la RCP obligatoire reste entière. Les médecins devraient dans cette situation disposer de la même garantie de revenus qu'un agent public victime d'un accident du travail.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

AS	85	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 34, ajouter un article ainsi rédigé :

Compléter l'article L.111-11 du code de la sécurité sociale par l'alinéa suivant :

« Il comprend une évaluation spécifique de la rémunération sur objectifs de santé publique des professionnels de santé ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La nouvelle convention médicale conclue entre l'Uncam et plusieurs syndicats de médecins libéraux est entrée en vigueur le 26 septembre 2011.

Elle prévoit notamment une diversification des modes de rémunération des médecins libéraux et la généralisation, dans le champ conventionnel, d'une rémunération sur objectifs de santé publique. Un tel dispositif a déjà été mis en place dans d'autres pays européens comme la Grande-Bretagne (P4P : pay for performance). Il conviendrait de réaliser une évaluation régulière de ce dispositif afin de vérifier que l'investissement financier qu'il représente conduit effectivement à une amélioration des indicateurs de santé publique. Tel est le sens de cet amendement qui prévoit qu'un bilan annuel spécifique sera consacré à la rémunération à la performance dans le rapport charges et produits des régimes obligatoires d'assurance maladie.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012
(n°3790)

AMENDEMENT

présenté par

AS	342	
----	-----	--

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

Après

34

ARTICLE ADDITIONNEL

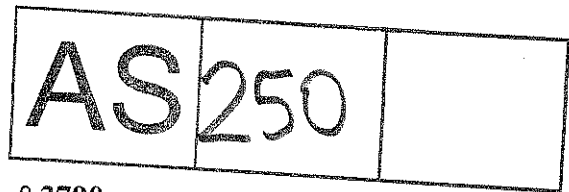
~~Après~~ l'article ■, insérer un article ainsi rédigé

L'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale est complété par un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« Le suivi médical d'une affection longue durée ne donne pas lieu à un paiement à l'acte à chaque consultation du médecin, mais à un paiement forfaitaire dont le montant est déterminé par convention, dans le cadre du a) du 12° de l'article L. 162-5 de ce code ».

EXPOSE SOMMAIRE

Cet amendement vise à mettre fin au paiement à l'acte dans les cas d'affection longue durée. Il convient d'envisager un paiement forfaitaire du suivi médical des ALD dont les modalités seront définies par conventionnement. Il faut mettre fin à la dérive des dépenses, notamment due à la majoration du tarif de la visite des personnes âgées en ALD.



**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

Article additionnel ^{après} ~~avant~~ l'article ~~33~~ 34

Insérer l'article suivant :

L'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« III. – 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 SOMMAIRE

Cet amendement vise à restreindre 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 plus fortes concernant la limitation des dépassements d'honoraires.

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.

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

AS	469	
----	-----	--

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

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

Article additionnel après l'article 34

Après l'article 34, insérer l'article suivant :

« Au premier alinéa de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « trois mois » sont substitués aux mots : « six mois ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cette mesure vise à raccourcir la période d'observation de 6 mois, majorée des délais de concertation d'environ 2 mois 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. Il est donc proposé de la ramener à 3 mois.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2012 (N° 3790)

Amendement présenté par M. Yves Bur

AS

385

Article additionnel

Après l'article 34, insérer un article ainsi rédigé :

« L'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« « Dans les groupes génériques prévus au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, l'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut être conditionnée à la procédure définie au présent alinéa. Lorsqu'il existe une offre commercialisée suffisante, le comité institué par l'article 162-17-3 du présent code peut décider de lancer une procédure d'appel d'offre. Sont inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas les trois médicaments du groupe générique dont les titulaires des droits d'exploitation ont proposé les prix les plus bas au cours de cette procédure. Les modalités d'application du présent alinéa sont déterminées par décret en Conseil d'État. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La procédure d'appel d'offre pour les médicaments génériques d'un même groupe générique est le moyen de révéler le prix « efficient » des génériques et ainsi de faire baisser les prix des molécules anciennes mais encore largement utilisées. En effet, il est légitime de s'interroger sur le prix de certains génériques, en particulier par rapport à nos principaux partenaires.

La procédure se déroule ainsi : les autorités de régulation des prix des médicaments lancent un appel d'offre sur un groupe générique déterminé ; les fabricants de génériques répondent à cet appel d'offre en proposant un prix et une obligation de résultat en termes de volume à ce prix : puis les autorités de régulation fixent la base de remboursement de l'assurance maladie sur les produits en question permettant la commercialisation de trois produits. Les fabricants de génériques ayant proposé un prix plus élevé que le prix fixé par l'autorité de régulation ne pourraient être remboursés.

Sur trois molécules importantes – un IPP, une statine, un IEC – une baisse de prix de 10 % des produits permettrait une économie de l'ordre de 50 millions d'euros.

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

Article additionnel après l'article 3~~4~~

Après l'article 3~~4~~ insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au II de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « *un suivi périodique des dépenses de médicaments* » sont ajoutés les mots : « *et des dispositifs médicaux* ».

Exposé des motifs

Selon un avis du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie sur les dispositifs médicaux en date du 29 mai 2008, la variété et l'hétérogénéité des dispositifs médicaux présents sur le marché français réduisent la volonté de déployer des systèmes de surveillance économique de ce marché.

Pourtant, ce marché affiche certaines particularités : il connaît des taux de progression importants en volume et ce, dans un contexte de vieillissement de la population nécessitant d'optimiser la prise en charge des besoins de santé.

Le rapport de l'IGAS de novembre 2010 sur « l'évolution et la maîtrise des dépenses de dispositifs médicaux » précise que le marché de ville a progressé de 11,3% / an de 1995 à 2009, ce qui correspond à la plus vive croissance de l'assurance maladie.

Ce rapport pointe aussi que « *la connaissance du marché reste parcellaire rendant complexe la fixation du juste prix par le CEPS* ».

Alors qu'il incombe aux fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux de déclarer de façon obligatoire auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'ensemble des produits et prestations commercialisés ou inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), il n'existe pas de mécanisme de suivi des dépenses de dispositifs médicaux. Cette absence participe à l'opacité de ce marché, ce qui nuit à une optimisation de la régulation des dépenses de santé.

Le présent amendement a pour objet de mettre en place, sous l'égide du Comité économique des produits de santé, un suivi périodique des dépenses des dispositifs médicaux inscrits sur la LPPR, à l'instar de ce qui existe pour les médicaments. Ce suivi des dépenses, aussi bien en valeur qu'en volume, portera sur le champ de l'ambulatoire, de l'hospitalisation complète et de l'équipement. Il intégrera également le prix de vente de chaque dispositif médical inscrit sur la LPPR.

PROJET DE LOI

AS	42	
----	----	--

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement  présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article additionnel après l'article  34

I- Après le 18° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un 19° ainsi rédigé :

« 19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'annexe 32 du décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, pris en charge dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code. »



EXPOSÉ DES MOTIFS

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

En dépit du moratoire mis en place en 2007 par les pouvoirs publics, confirmé en 2009 par une lettre ministérielle afin d'assurer l'accès aux soins et l'intervention de l'assurance-maladie, ces frais peuvent ne faire l'objet d'aucun remboursement par des Caisses primaires d'assurance maladie, qui décident dans certaines régions de cesser leur prise en charge. Cette question a fait pourtant l'objet de nombreuses questions de parlementaires auxquelles les réponses ministérielles ont régulièrement apporté une réponse rassurante d'engagement de l'assurance-maladie. Mais ces réponses ministérielles sont restées sans effet sur la direction de la sécurité sociale et la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés comme certaines caisses primaire d'assurance-maladie, notamment en Aquitaine.

Les frais restent donc à la charge des familles qui ne peuvent bénéficier d'aucune aide de type Prestation de Compensation du Handicap, leur enfant n'étant pas toujours reconnu « handicapé » par la Maison départementale des personnes handicapées, et risquant par conséquent de se trouver exposé à des risques de rupture de prise en charge.

Cet état de fait très anormal a été relevé par le Médiateur de la République dans « Le journal du Médiateur de la République » (n°62, Janvier 2011, actualités 5).

Le présent amendement a pour objet de corriger cette situation et de permettre une prise en charge individuelle à 100% des frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et en CMPP, par le biais de l'entente préalable auprès du médecin conseil de l'assurance-maladie.

Le dispositif d'entente préalable est une garantie de la qualité des indications et prévient les demandes de remboursement abusives. Ce dispositif pourra s'appuyer sur un ajustement réglementaire, ou par voie d'une lettre-réseau de la CNAM, à la suite de l'adoption de cet amendement, dans l'esprit de la lettre du 29 mai 1990 du Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, qui spécifiait que la prise en charge des frais de transport vers un CMPP était accordée en totalité pour les 6 premières séances, « afin de faire le bilan de l'état de santé de l'enfant et de définir le programme thérapeutique », mais qu'au-delà, l'accord préalable est requis pour la prise en charge des frais de transport.

Le II de l'amendement tient à la nécessité de technique parlementaire de prévoir la possibilité pour le gouvernement d'une décision de « lever le gage ». Toutefois, il y a lieu de signaler que dans nombre de départements, les CPAM continuent encore de financer ces transports, ce qui est à la fois conforme à la position ministérielle et permet de comprendre que cet amendement de clarification ne comporte pas, en termes financiers, d'effet significatif et dommageable sur les finances de l'assurance-maladie. Un chiffre d'un coût de 80 millions d'euros de cette mesure a été avancé par la direction de la sécurité sociale pour s'opposer à son inclusion d'emblée dans le cadre du PLFSS 2012, ce qui semblait pourtant logique après l'adoption d'un amendement du Gouvernement sur ce sujet par le Sénat, dans le cadre de la PPL Fourcade : il serait utile que l'administration livre les modalités précises de son estimation et la livre à la discussion et à la contradiction publiques. Il est patent que les coûts indirects du défaut de prise en charge précoce en CAMSP et en CMPP, à moyen et long terme, sont indéniables en termes de pertes de chance, de handicaps aggravés et de pertes d'autonomie et de qualité de vie, toute une vie durant.

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012
AMENDEMENT N° 6

présenté par Valérie BOYER, [REDACTED] C, Dominique TIAN, [REDACTED]
[REDACTED], [REDACTED] Philippe MAUREL, [REDACTED] N

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE ³⁴ insérer l'article suivant :

I- Après le 18° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un 19° ainsi rédigé :

« 19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'annexe 32 du décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, pris en charge dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code. »

II- La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du Code Général des Impôts."

EXPOSÉ DES MOTIFS

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

En dépit du moratoire mis en place en 2007 par les pouvoirs publics, confirmé en 2009 par une lettre ministérielle afin d'assurer l'accès aux soins et l'intervention de l'assurance-maladie, ces frais peuvent ne faire l'objet d'aucun remboursement par des Caisses primaires d'assurance maladie, qui décident dans certaines régions de cesser leur prise en charge. Cette question a fait pourtant l'objet de nombreuses questions de parlementaires auxquelles les réponses ministérielles ont régulièrement apporté une réponse rassurante d'engagement de l'assurance-maladie. Mais ces réponses ministérielles sont restées sans effet sur la direction de la sécurité sociale et la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés comme certaines caisses primaire d'assurance-maladie, notamment en Aquitaine.

Les frais restent donc à la charge des familles qui ne peuvent bénéficier d'aucune aide de type Prestation de Compensation du Handicap, leur enfant n'étant pas toujours reconnu « handicapé » par la Maison départementale des droits des

personnes handicapées, et risquant par conséquent de se trouver exposé à des risques de rupture de prise en charge.

Cet état de fait très anormal a été relevé par le Médiateur de la République dans « Le journal du Médiateur de la République » (n°62, Janvier 2011, actualités 5).

Le présent amendement a pour objet de corriger cette situation et de permettre une prise en charge individuelle à 100% des frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et en CMPP, par le biais de l'entente préalable auprès du médecin conseil de l'assurance-maladie.

Le dispositif d'entente préalable est une garantie de la qualité des indications et prévient les demandes de remboursement abusives. Ce dispositif pourra s'appuyer sur un ajustement réglementaire, ou par voie d'une lettre-réseau de la CNAM, à la suite de l'adoption de cet amendement, dans l'esprit de la lettre du 29 mai 1990 du Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, qui spécifiait que la prise en charge des frais de transport vers un CMPP était accordée en totalité pour les 6 premières séances, « afin de faire le bilan de l'état de santé de l'enfant et de définir le programme thérapeutique », mais qu'au-delà, l'accord préalable est requis pour la prise en charge des frais de transport.

Cette prise en charge résoudrait les inégalités de traitement relevées dans certaines régions, et soutiendrait les missions essentielles de prévention, de dépistage et d'intervention précoces auprès d'enfants atteints d'une déficience exercées par les CAMSP et les CMPP auprès des enfants âgés de 0 à 18 ans.

Le II de l'amendement tient à la nécessité de technique parlementaire de prévoir la possibilité pour le gouvernement d'une décision de « lever le gage ». Toutefois, il y a lieu de signaler que dans nombre de départements, les CPAM continuent encore de financer ces transports, ce qui est à la fois conforme à la position ministérielle et permet de comprendre que cet amendement de clarification ne comporte pas, en termes financiers, d'effet significatif et dommageable sur les finances de l'assurance-maladie. Un chiffre d'un coût de 80 millions d'euros de cette mesure a été avancé par la direction de la sécurité sociale pour s'opposer à son inclusion d'emblée dans le cadre du PLFSS 2012, ce qui semblait pourtant logique après l'adoption d'un amendement du Gouvernement sur ce sujet par le Sénat, dans le cadre de la PPL Fourcade : il serait utile que l'administration livre les modalités précises de son estimation et la livre à la discussion et à la contradiction publiques. Il est patent que les coûts indirects du défaut de prise en charge précoce en CAMSP et en CMPP, à moyen et long terme, sont indéniables en termes de pertes de chance, de handicaps aggravés et de pertes d'autonomie et de qualité de vie, toute une vie durant.

La mesure proposée correspond à la formulation juridique du Gouvernement, déjà accueillie favorablement par le Sénat puis le Parlement dans la proposition de loi Fourcade adoptée le 13 juillet dernier. Elle n'a été censurée par le Conseil Constitutionnel que sur un motif de pure forme, relatif à un vecteur législatif inapproprié. Elle a ainsi toute sa place dans la présente Loi.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790

Amendement n°

AS	198	
----	-----	--

Jean Luc PREEL Claude LETEURTRE, [REDACTED] et les [REDACTED] du groupe Nouveau Centre *commissaires*

34

Après l'article [REDACTED], il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

I- Après le 18° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un 19° ainsi rédigé :

« 19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'annexe 32 du décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, pris en charge dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code. »

II- La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du Code Général des Impôts."

EXPOSE DES MOTIFS

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

En dépit du moratoire mis en place en 2007 par les pouvoirs publics, confirmé en 2009 par une lettre ministérielle afin d'assurer l'accès aux soins et l'intervention de l'assurance-maladie, ces frais peuvent ne faire l'objet d'aucun remboursement par des Caisses primaires d'assurance maladie, qui décident dans certaines régions de cesser leur prise en charge. Cette question a fait pourtant l'objet de nombreuses questions de parlementaires auxquelles les réponses ministérielles ont régulièrement apporté une réponse rassurante d'engagement de l'assurance-maladie. Mais ces réponses ministérielles sont restées sans effet sur la direction de la sécurité sociale et la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés comme certaines caisses primaire d'assurance-maladie, notamment en Aquitaine.

Les frais restent donc à la charge des familles qui ne peuvent bénéficier d'aucune aide de type Prestation de Compensation du Handicap, leur enfant n'étant pas toujours reconnu « handicapé » par la Maison départementale des droits des personnes handicapés, et risquant par conséquent de se trouver exposé à des risques de rupture de prise en charge.

Cet état de fait très anormal a été relevé par le Médiateur de la République dans « Le journal du Médiateur de la République » (n°62, Janvier 2011, actualités 5).

Le présent amendement a pour objet de corriger cette situation et de permettre une prise en charge individuelle à 100% des frais de transport des enfants accueillis en CAMSP et en CMPP, par le biais

de l'entente préalable auprès du médecin conseil de l'assurance-maladie.

Le dispositif d'entente préalable est une garantie de la qualité des indications et prévient les demandes de remboursement abusives. Ce dispositif pourra s'appuyer sur un ajustement réglementaire, ou par voie d'une lettre-réseau de la CNAM, à la suite de l'adoption de cet amendement, dans l'esprit de la lettre du 29 mai 1990 du Ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, qui spécifiait que la prise en charge des frais de transport vers un CMPP était accordée en totalité pour les 6 premières séances, « afin de faire le bilan de l'état de santé de l'enfant et de définir le programme thérapeutique », mais qu'au-delà, l'accord préalable est requis pour la prise en charge des frais de transport.

Cette prise en charge résoudrait les inégalités de traitement relevées dans certaines régions, et soutiendrait les missions essentielles de prévention, de dépistage et d'intervention précoces auprès d'enfants atteints d'une déficience exercées par les CAMSP et les CMPP auprès des enfants âgés de 0 à 18 ans.

Le II de l'amendement tient à la nécessité de technique parlementaire de prévoir la possibilité pour le gouvernement d'une décision de « lever le gage ». Toutefois, il y a lieu de signaler que dans nombre de départements, les CPAM continuent encore de financer ces transports, ce qui est à la fois conforme à la position ministérielle et permet de comprendre que cet amendement de clarification ne comporte pas, en termes financiers, d'effet significatif et dommageable sur les finances de l'assurance-maladie. Un chiffre d'un coût de 80 millions d'euros de cette mesure a été avancé par la direction de la sécurité sociale pour s'opposer à son inclusion d'emblée dans le cadre du PLFSS 2012, ce qui semblait pourtant logique après l'adoption d'un amendement du Gouvernement sur ce sujet par le Sénat, dans le cadre de la PPL Fourcade : il serait utile que l'administration livre les modalités précises de son estimation et la livre à la discussion et à la contradiction publiques. Il est patent que les coûts indirects du défaut de prise en charge précoce en CAMSP et en CMPP, à moyen et long terme, sont indéniables en termes de pertes de chance, de handicaps aggravés et de pertes d'autonomie et de qualité de vie, toute une vie durant.

La mesure proposée correspond à la formulation juridique du Gouvernement, déjà accueillie favorablement par le Sénat puis le Parlement dans la proposition de loi Fourcade adoptée le 13 juillet dernier. Elle n'a été censurée par le Conseil Constitutionnel que sur un motif de pure forme, relatif à un vecteur législatif inapproprié. Elle a ainsi toute sa place dans la présente Loi.

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

Article additionnel après l'article 34

Après l'article 34, insérer un article ainsi rédigé :

A l'article L323-4 du code de la sécurité sociale, dans le premier alinéa, après la première phrase, ajouter une nouvelle phrase ainsi rédigée :

« La fraction du gain journalier de base est fixée à la moitié pour l'indemnité journalière normale et aux deux tiers pour l'indemnité journalière majorée, cette dernière indemnité est due à partir du trente et unième jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail. »

EXPOSE DES MOTIFS.

Cet article vise à modifier l'article L 323-4 du CSS concernant les indemnités journalières. Alors que le Gouvernement s'apprête à baisser les indemnités journalières pour maladie par décret, il revient à la Représentation nationale d'empêcher la prise de cette décision inique pour les salariés les moins favorisés. Cette baisse pourrait représenter entre 30 et 40 euros par mois pour un smicard, pour un « rendement » attendue de 200 millions d'euros pour un poste jugé trop « dynamique ».

Une fois de plus ce gouvernement maltraite les personnes les plus exposées aux conditions de travail dégradées et les travailleurs ponctuellement ou chroniquement comme des « profiteurs » ou des « fraudeurs. Les salariés et assurés malades ne sont pas les prescripteurs des arrêts de travail et ne sont pas responsables de conditions de travail qui bien souvent usent les organismes.

Il y a deux ans la droite adoptait la fiscalisation partielle des indemnités journalières des victimes du travail et l'année dernière un décret du 29 octobre 2010 modifiait déjà le mode de calcul des indemnités journalières pour en diminuer le montant.

Réduire le taux de remplacement des indemnités journalières de cette population, c'est porter une atteinte directe et substantielle à leur pouvoir d'achat dans un contexte de crise économique et de chômage jamais atteint.

Cet amendement propose donc de fixer dans la loi les termes de l'article 27 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 qui a fondé la sécurité sociale, et prévu un système d'indemnités pour protéger les revenus des salariés en cas de maladie.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790

Amendement n°

AS 208

Jean Luc PREEL Claude LETEURTRE, ~~et les membres du groupe Nouveau Centre~~ et les ~~membres du groupe Nouveau~~ *Communistes*

Après l'article ³⁴ ~~34~~, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article L.323-4 du Code de la Sécurité sociale, le quatrième alinéa est remplacé par :

« Le {supprimé} maximum des indemnités journalières, la date à partir de laquelle l'indemnité est majorée, les modalités de calcul des charges sociales ainsi que les modalités de détermination du gain journalier de base sont fixés par décret en Conseil d'Etat. ».

EXPOSE DES MOTIFS

Le Gouvernement a décidé de prévoir par décret la diminution de près de 6% des indemnités journalières (les « IJ ») versées en cas d'arrêt maladie.

Cette mesure touchera 7 millions de salariés malades, parfois parmi les plus fragiles. Ainsi, avant d'être déclaré en invalidité, un salarié peut vivre jusqu'à trois ans sur ses IJ.

Cette mesure ne pourra pas être débattue par le législateur pendant l'examen du PLFSS : elle sera donnée par un simple décret, applicable dès le 1er janvier 2012.

Comment arrive-t-on à une baisse de 5,8% ?

- ▶ Le gouvernement remplace 50% du salaire brut par 60% du salaire net
- ▶ 60% du salaire net, c'est 47,1% du salaire brut
- ▶ La perte pour le salarié est donc de : $(47,1 - 50) / 50 = - 5,8\%$

Concrètement, le projet prévoit de calculer désormais l'indemnisation maladie en fonction du salaire net plutôt que du salaire brut. L'indemnisation maladie passerait ainsi de 50% du salaire brut à 60% du salaire net.

Soixante, un chiffre bien rond... mais un arrondi qui pénalise les malades, puisque 60% du net correspond à 47,1% du brut, et non pas à 50%. Le salarié voit son « taux de remplacement » baisser, et cette baisse correspond à 5,8% de ses indemnités.

Pour un salarié au smic (1 365 euros brut, 1 071 euros net), l'indemnisation mensuelle par la Sécurité sociale passerait donc de 680 à 640 euros...

Combien de personnes seront touchées par cette mesure ? Un salarié sur quatre connaît chaque année un arrêt de travail, soit 7 millions de personnes.

Il est important de souligner que le Conseil de la CNAM, où siègent les partenaires sociaux, a rejeté le projet de décret avec 18 voix défavorables, 14, abstentions et aucune pour.

Projet de loi n°3790

de financement de la sécurité sociale pour 2012

AMENDEMENT

Présenté par

Messieurs Georges COLOMBIER ~~XXXXXXXXXX~~

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE ~~10~~ 34

Rédiger ainsi le II de l'article L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale :

« Toutefois, les rentiers au bénéfice exclusif d'une pension ou d'une rente suisse et les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, tant que l'Accord sur la libre circulation des personnes maintient des options qui laissent aux pays signataires la possibilité d'organiser, de façon dérogatoire, le rattachement de certaines catégories de la population à l'assurance maladie. Les personnes concernées doivent être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n°... de financement de la sécurité sociale pour 2012. Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I. »

Exposé des motifs

L'Accord sur la libre circulation des personnes entre la Suisse et la CEE signé le 21 juin 1999 est entré en vigueur le 1^{er} mai 2002. L'objectif de cet Accord est d'adapter le système suisse au principe de la libre circulation des personnes sur la base de l'acquis communautaire. Dans le domaine de la sécurité sociale, ce sont les Règlements (CE) 1408/71 et 574/72 qui s'appliquent¹

¹ Au sein des Etats membres de l'UE ces deux Règlements ont été remplacés par les Règlements (CE) 883/2004 et 987/2009 au 1^{er} mai 2010. A ce jour, ces nouveaux Règlements ne s'appliquent pas pour la Suisse, le Lichtenstein, la Norvège et l'Islande

En application de cet Accord, les populations frontalières françaises sont soumises à la règle générale de rattachement à la loi du pays d'emploi, en l'espèce la Suisse. Cette règle a pu faire l'objet d'aménagements puisque en annexe de l'Accord, des options ont été prévues qui laissent aux pays signataire de l'ALCP la possibilité d'organiser, de façon dérogatoire, le rattachement de certaines catégories de la population, notamment les frontaliers, à l'assurance maladie.

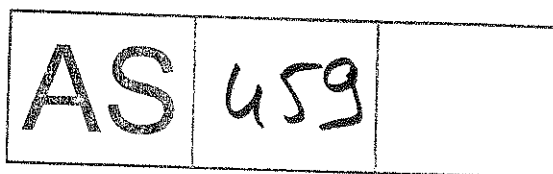
Le Gouvernement français ayant accepté le principe de ce droit d'option, les personnes ci-dessus mentionnées peuvent demander à être exemptées de l'affiliation au régime fédéral suisse d'assurance maladie à condition de bénéficier d'une couverture maladie dans leur Etat de résidence.

Le II de l'article L.380-3-1 prévoit que pendant une période transitoire se terminant au plus tard 12 ans après la date d'entrée en vigueur de l'accord avec la Suisse, les intéressés puissent cependant conserver un contrat d'assurance les couvrant en France, ainsi que leurs ayants droit, pour le risque maladie. En fonction de ce dispositif, les assurés, au bénéfice d'un contrat d'assurance (90 à 95 % de la population concernée), relèveront automatiquement du régime général de Sécurité sociale sous critère de résidence.

Les personnes concernées s'y opposent pour les raisons suivantes :

- Les frontaliers au bénéfice d'un contrat d'assurance, peuvent en fonction des clauses du contrat, se faire soigner en Suisse. La couverture de Sécurité sociale ne permet pas de prise en charge des soins programmés en Suisse. Une affiliation à la CMU aurait des conséquences importantes sur leurs habitudes médicales ainsi que sur la poursuite des soins débutés en Suisse (changement de praticiens, de protocoles médicaux).
- Le coût de l'assurance de base est actuellement de 8 % du revenu fiscal imposable. La suppression, dans le cadre de la loi de finances pour 2006 de l'abattement forfaitaire de 20% a eu pour conséquence une augmentation du RFR qui sert de base au calcul de la cotisation CMU. Par ailleurs, cette cotisation déjà élevée devrait passer à 13,5 %. Il est également indispensable de rajouter une couverture complémentaire. Cette tarification pourrait ne plus être supportable.
- L'incertitude de la prolongation de l'accord entre la Suisse et la Communauté européenne à chaque entrée d'un nouvel Etat dans l'UE puisque toute nouvelle adhésion d'un Etat à l'Union européenne doit faire l'objet d'un protocole additionnel à l'ALCP soumis à référendum en Suisse avec toutes les incertitudes quant au résultat.
- Les élections fédérales qui se préparent pour la fin de l'année 2011 dans un contexte politique propice au protectionnisme sur fond de xénophobie accrue à l'encontre des étrangers de façon générale et, plus précisément, des travailleurs frontaliers mettant en péril les accords bilatéraux entre l'UE et la Suisse.

Cet amendement vise à maintenir un système d'assurance maladie utilisé par plus de 95% de la population frontalière, parfaitement adapté à la situation transfrontalière et qui fait ses preuves depuis le début des années 1960. Les frontaliers revendiquent cette adaptation tant que l'ALCP le permet.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012 (N°3790)**

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

Article additionnel après l'article 34

Après l'article 34, insérer l'article suivant :

« I. – Les professionnels mentionnés au 7° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale exerçant leur activité dans les zones définies dans les conditions fixées par l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, où l'offre de soins est déficitaire, sont exonérés d'une partie des cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale ;

« II. – La perte de recettes pour la sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le cumul emploi-retraite permet de répondre au défi de la pénurie médicale. S'il commence à porter ses fruits, le gisement reste considérable mais beaucoup de médecins sont rebutés par le paiement de cotisations n'ouvrant pas droit à prestations. Il y a aujourd'hui 10 578 médecins retraités, âgés de 65 à 70 ans, sans activité, qui pourraient ainsi participer à l'offre de soins.

Cet amendement vise donc à exonérer partiellement de cotisations retraite les médecins qui exerceraient en zone sous-dense.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

Commission	
Gouvernement	

AS	1	
----	---	--

AMENDEMENT

Présenté par Paul JEANNETEAU, Yves BUR

Article additionnel après l'article ~~34~~ **34**

Après l'article ~~34~~ ajouter un article additionnel ainsi rédigé:

« Un an après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la promotion de l'aide à la complémentaire santé auprès des français. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'aide à la complémentaire santé est un dispositif méconnu par de nombreuses personnes qui pourraient en bénéficier. Ainsi, les caisses d'assurances maladie éprouvent des difficultés à faire connaître ce dispositif auquel l'Etat consacre une partie non négligeable de son budget. Il convient donc de trouver des solutions afin de promouvoir ce dispositif auprès de tous les français.

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

Article additionnel après l'article 34

Un rapport sur les conditions d'accès à une couverture complémentaire pour les personnes résidant en France accompagné d'un bilan de l'accès aux aides à l'acquisition d'une telle couverture mais aussi de l'accès à la CMU-C, est présenté au Parlement avant le 30 septembre 2010 afin de pouvoir prendre d'éventuelles mesures en conséquence dans l'élaboration de la prochaine loi de finance.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à demander une étude qui permette à la représentation nationale d'évaluer les aides à l'accès à la couverture maladie complémentaire de la population. Alors que la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Universelle a fêté ses dix ans l'an dernier, le récent rapport du Fonds CMU d'évaluation de la loi a porté une attention particulière a montré que l'accès à une couverture complémentaire pour les plus démunis est indispensable. Près de 5 millions de personnes accèdent à une complémentaire grâce à ces aides.

On évalue à 80 % de la population cible le nombre de bénéficiaires de la CMU-C, là où l'Aide à la Complémentaire Santé ne touche qu'un peu plus de 20 % des bénéficiaires potentiels.

Pour la CMU-C, le rapport indique que sa vocation « universelle » et la baisse régulière des effectifs incitent toutefois à rester vigilant sur la part de non-recours à cette aide. Pour l'ACS, malgré la poursuite des actions de communication ciblées des caisses (à noter la revalorisation du montant de l'aide pour les plus de 50 ans prévue par la loi HPST) se diffuse progressivement : on comptait 475 000 bénéficiaires en février 2009 au lieu des 2 millions annoncés par Xavier Bertrand en 2006. Une partie des détenteurs de l'attestation sont des "recalés" de la CMU-C.

Il conviendrait de relever le plafond de ressources pour pouvoir bénéficier gratuitement de la couverture maladie universelle (CMU) de base et complémentaire pour le placer au niveau du seuil de pauvreté.

Le plafond pour bénéficier de la CMU de base a été fixé à 731 € pour une personne seule (au 1er octobre 2008). Celui pour bénéficier de la CMU complémentaire à 621 € pour une personne seule (au 1er juillet 2008), alors que le seuil de pauvreté a été fixé à 880 € par mois pour une personne seule en 2006. Dans un souci de cohésion sociale et de santé publique, ces plafonds devraient être relevés de manière à ce que toute personne vivant en dessous du seuil de pauvreté puisse bénéficier gratuitement de la CMU de base et de sa complémentaire, comme par exemple les bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés (AAH).

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 36

Insérer l'article suivant :

Un rapport sur les refus et les renoncements aux soins est présenté au Parlement avant le 30 septembre 2010 afin de pouvoir éventuellement prendre des dispositions législatives pour éclairer la représentation nationale sur la dégradation de l'accès aux soins d'une partie de la population.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à demander une étude sur les renoncements aux soins.

L'an dernier, une enquête menée par Médecins du Monde a montré les difficultés d'accès aux soins des plus démunis. En 2009, une enquête menée par l'Ipsos pour le Secours populaire, avait révélé que deux Français sur cinq ont déjà retardé ou renoncé à des soins à cause de leurs coûts et souvent faute de couverture complémentaire.

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Universelle a fêté ses dix ans. L'an dernier un rapport du Fonds CMU sur l'évaluation de la loi a porté une attention particulière au problème des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU-C. Selon le rapport rendu public le 1er juillet 2009, un professionnel de santé sur quatre exerçants à Paris (25,5 %) refuse de soigner les patients les plus défavorisés.

Dans le cadre de ce rapport, l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) a réalisé un « testing » auprès d'un échantillon de 900 dentistes, médecins généralistes et spécialistes, cette enquête, effectuée à Paris fin 2008-début 2009, confirme la réalité des pratiques de discrimination envers les bénéficiaires de la CMU.

Elle souligne aussi les difficultés d'accès aux soins des plus démunis dans notre capitale, où plus de la moitié des praticiens (58 %) pratiquent le dépassement d'honoraires.

Tout d'abord beaucoup de praticiens connaissent mal la loi et ignorent se placer dans l'illégalité en refusant un patient CMU.

Mais la première raison invoquée pour ce refus est la lourdeur administrative qu'implique la CMU, le remboursement du médecin s'effectuant par l'assurance-maladie. Parmi les généralistes, le taux de refus de patients CMU varie de 1 à 5 selon qu'ils sont ou non équipés d'un terminal carte Vitale. Mais la principale raison du refus reste financière, les patients CMU ne pouvant se voir appliquer un dépassement d'honoraires, les prendre en charge constitue un manque à gagner pour les médecins de secteur 2.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	86	
----	----	--

ARTICLE 35

Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le dispositif qui vise à intégrer dans les CPOM des établissements de santé, des objectifs de performance au regard des résultats de l'établissement sur une série d'indicateurs de performance, dont le non respect est susceptible de donner lieu à sanction, apparaît prématuré.

En effet la DGOS a initié récemment, en lien avec les fédérations hospitalières, une réflexion quant à la prise en compte d'indicateurs de qualité dans le mode de financement des établissements, et un travail visant à explorer la faisabilité et les modalités opérationnelles d'une telle démarche.

A l'issue des premiers travaux, un scénario expérimental a été proposé par la DGOS à l'été 2011, accompagné d'une liste de travaux à engager sur les thèmes du financement, du score, des indicateurs, les perspectives d'évolution (quel dispositif cible à terme : sanctions? financières? non financières?)... En terme de calendrier, il est prévu que les travaux se poursuivent jusqu'au second semestre 2012, permettant de mener en 2013 une expérimentation, pour une application à l'horizon 2014.

Dans ces conditions, quand bien même la volonté de prendre en compte la qualité est également une préoccupation des établissements de santé et des professionnels qui y exercent, il n'en demeure pas moins que le principe même de l'expérimentation (en cours) s'oppose par définition à l'instauration d'un dispositif généralisé sur la performance des organisations hospitalières, au surplus sous tendu par une logique de sanctions.

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

Article 35

Supprimer cet article.

EXPOSE DES MOTIFS.

Cet article vise à introduire des objectifs de performance dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus entre les ARS et les établissements de santé, sur toute une série d'indicateurs fixés par décret.

Tous les CPOM contiennent des orientations stratégiques, des objectifs, et les missions de service public de l'établissement. Par contre, seuls les établissements ayant signé un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) doivent mentionner dans leur CPOM des indicateurs liés à l'efficacité de leur organisation.

Avec cet article, tous les CPOM devront contenir ces objectifs en termes de gestion des lits, durée de séjour, organisation des plateaux techniques etc...et seront susceptibles de subir des sanctions financières en cas de manquement.

Ainsi l'étude d'impact précise : « La mesure proposée constituera un levier d'économies significatives par la performance qu'elle exigera des établissements de santé. Elle génèrera par ailleurs des économies dans le cadre du dispositif de sanction financière prévu à l'article L. 6114-1 qui peut être activé par le DG ARS en cas de manquement aux objectifs. Ces économies ont été prises en compte dans la construction de l'ONDAM hospitalier à hauteur de 10 M€ en 2012. »

Il convient de supprimer cet article, l'hôpital public doit certes être performant, mais si des critères doivent être retenus pour l'évaluer ils doivent prendre en compte une prise en charge optimale de tous les malades et pouvoir apporter de bonnes conditions de travail à leurs personnels. On voit bien qu'avec cet article le Gouvernement vise uniquement à récupérer 10 millions sur le dos des hôpitaux publics.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

(n°3790)

AMENDEMENT

présenté par

AS	346	
----	-----	--

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

ARTICLE 35

Supprimer cet article.

EXPOSE DES MOTIFS

Les auteurs de cet amendement s'opposent à l'intégration dans les CPOM d'objectifs de performance, qui ne feraient que fragiliser encore les hôpitaux déjà mis à mal par des ONDAM trop faibles et la T2A.

De plus, la liste de ces indicateurs sera fixée par décret, ce qui n'apporte aucune garantie en matière de concertation sur la pertinence de ces indicateurs.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

AS	87	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 35

Au 2ème alinéa, remplacer le mot « ils » par
« Les CPOM des établissements de santé publique »

EXPOSÉ SOMMAIRE

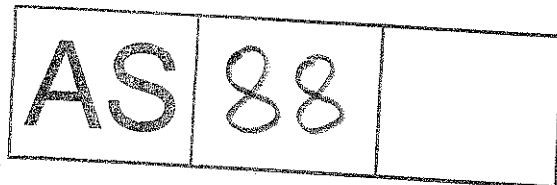
Cet amendement se justifie par son lui-même

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN



ARTICLE 35

Le début du 2^{ème} alinéa de cet article est ainsi rédigé :

« Ils fixent des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs à la sécurité et à la qualité de la prise en charge des patients et à l'optimisation de la gestion administrative et financière dont la liste et les caractéristiques sont arrêtées par décret. »..... *(le reste sans changement)*

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'amélioration de la performance hospitalière est une impérieuse nécessité. Comme l'a montré le rapport de la MECSS sur le fonctionnement de l'hôpital, il existe d'importantes marges d'efficience dans ce domaine. Dans ce contexte, la définition et la publicité d'indicateurs de performance par établissement de santé va dans le bon sens. Le champ couvert par des indicateurs doit être encadré par le législateur. Ces indicateurs doivent concerner la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients et l'optimisation de la gestion administrative et financière. Telles sont les précisions proposées par cet amendement.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2012 (N° 3790)

Amendement présenté par M. Yves Bur

Article 35

AS	494	
----	-----	--

Au début de la première phrase de l'alinéa 2, après les mots :

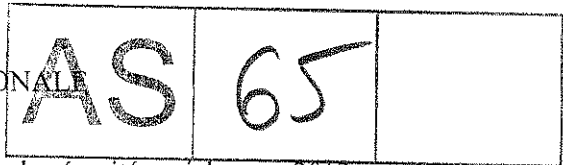
« Ils fixent »,

insérer les mots :

« dans le respect de la déontologie des professions de santé ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les médecins exerçant dans les établissements de santé ne doivent pas voir leur indépendance aliénée par des objectifs contraires aux intérêts des patients. Ils sont déjà tenus en vertu du code de déontologie médicale de limiter leurs prescriptions et leurs actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.



Projet de loi n°3790 relatif au financement de la sécurité sociale pour 2012

AMENDEMENT

présenté par

Mme Anny Poursinoff, [REDACTED]

Article 35

Dans la première phrase de l'alinéa 2, substituer au mot : « performance », le mot « qualité »

EXPOSE DES MOTIFS

Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Comme l'a montré le rapport Stiglitz sur la mesure des performances économiques et du progrès social, l'évaluation bien pensée ne doit pas se cantonner aux paramètres strictement économiques mais s'intéresser aussi à la qualité qui, en concourant au bien-être global, améliore également la performance.

Les auteurs de cet amendement souhaitent substituer aux logiques comptables une autre approche, celle d'une approche plus globale à travers le prisme de la qualité. Il ne faut pas se limiter à des indicateurs purement quantitatifs mais élargir l'évaluation au bien-être des patients et des soignants.

AS	474	
----	-----	--

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012

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

Article 35

Dans la première phrase de l'alinéa 2, insérer, après le mot :

« établissements »

les mots :

« de santé ».


EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision rédactionnelle.

Projet de loi n°3790 relatif au financement de la sécurité sociale pour 2012

AMENDEMENT

présenté par

Mme Anny Poursinoff, M. 

Article 35

Dans la première phrase de l'alinéa 2 de cet article, après le mot : « patients », insérer « , de leur satisfaction et de celle des soignants à l'égard de leur travail »

EXPOSE DES MOTIFS

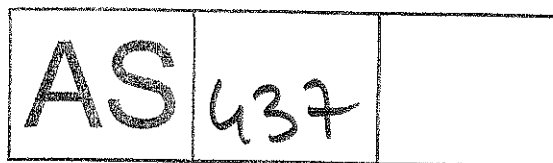
Les auteurs de cet amendement considèrent que l'évaluation des établissements de santé doit d'abord s'intéresser à la qualité et non à la performance.

Ils demandent ici que la satisfaction des usagers et des personnels exerçant dans les établissements de santé soit un axe prioritaire au sein des évaluations.

La prise en compte de la satisfaction des usagers par les établissements de santé doit se situer parmi les priorités et doit être un indicateur d'évaluation intégré dans une politique d'amélioration des soins et des services : qualité des soins, information du patient, confort, qualité des repas, préparation à la sortie, information sur les traitements à suivre etc. L'humain doit être replacé au coeur du dispositif de santé.

Considérant la santé du personnel soignant, une enquête de la CFDT parue au cours de l'été 2011 montre que: le travail a un effet négatif sur leur santé pour 71% des personnes interrogées ; 57% souffrent de stress ; 41% de douleurs musculaires ; 20 % de troubles du sommeil. La charge de travail, son intensité et l'accélération de son rythme sont pointées comme des facteurs majeurs de la dégradation de leur santé.

Les auteurs de cet amendement rappellent la nécessité d'un plan national de développement de l'ergonomie participative. Il s'agit de promouvoir une amélioration des conditions de travail ou chacun-e puisse être acteur de l'amélioration ergonomique de son poste de travail. Cela est primordial pour éviter les accidents, diminuer le stress et la fatigue ainsi que les maladies professionnelles. A travers l'ergonomie participative, il s'agit aussi de mieux connaître le travail réel et les contraintes des autres métiers de l'équipe afin de renforcer le collectif de travail et ainsi d'améliorer le soutien social. La qualité du travail et sa reconnaissance sont en effet au coeur de la qualité de vie et de la construction de sa santé par un travail satisfaisant.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

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

Article 35

À la première phrase de l'alinéa 2, après le mot :

« décret »,

insérer les mots :

« , après consultation de la Haute autorité de santé, de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, et des fédérations hospitalières représentatives publiques et privées ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La Haute autorité de santé (HAS) est engagée depuis plusieurs années, en coopération avec le ministère de la santé, dans la généralisation d'indicateurs de qualité, que ce soit par exemple avec le tableau de bord des infections nosocomiales ou par l'intermédiaire de la mise en ligne de « Platines », plate-forme d'informations sur les établissements de santé. Il semble donc que la HAS pourrait donc utilement être associée à cet objectif de généralisation d'indicateurs de performance dans les CPOM.

De la même façon, l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a été instituée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, avec pour objectifs d'aider les établissements de santé et médico - sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. » (extrait de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 18)

Il semble donc que la HAS et l'ANAP pourraient utilement être associées à l'objectif de généralisation d'indicateurs de performance dans les CPOM.

Par ailleurs, la consultation des fédérations hospitalières représentatives publiques et privées est de nature à faciliter l'acceptation de la mesure.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	89	
----	----	--

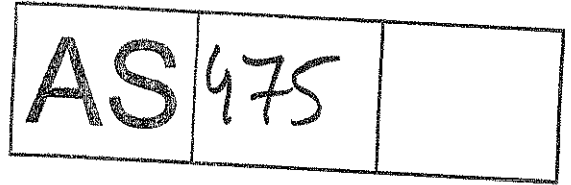
ARTICLE 35

Au 2^{ème} alinéa de cet article, après les mots « par décret », ajouter les mots :

« ,après avis conforme de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux telle que mentionnée à l'article L. 6113-10 du code de la santé publique. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il convient d'associer étroitement l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) à la définition de ces indicateurs de performance. Tel est l'objet de cet amendement.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2012**

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

Article 35

Dans la dernière phrase de l'alinéa 2, substituer aux mots :

« des dispositions prévues au »

les mots :

« du ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de simplification rédactionnelle.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790

Amendement n°

AS	191	
----	-----	--

Présenté par Jean Luc PREEL, Claude LETEURTRE

Après

Article 35

~~Après~~ l'alinéa 2, insérer les 2 alinéas suivants.

~~Article 35~~, la deuxième phrase de l'article L 6114-3-1 du code de la santé publique, est ainsi rédigée :

« La liste de ces indicateurs est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées, et déterminés à partir des indicateurs élaborés conjointement et rendus publics par la Haute Autorité de Santé et l'Agence Nationale d'Amélioration de la Performance ».

~~Article 35~~, la 4ème phrase de l'article L 6114-3-1 du code de la santé publique, est ainsi rédigée :

« Les modalités générales de modulation des dotations de financement sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées »

EXPOSE DES MOTIFS

Au titre de cet article, les CPOM des établissements de santé vont intégrer des objectifs de performance au regard des résultats de l'établissement de santé sur une série d'indicateurs de performance rendus publics tous les ans. Il est bienvenu que ces indicateurs soient nationaux, pour éviter une balkanisation régionale d'indicateurs plus ou moins bien élaborés, qui ensuite ne permettraient plus aucune consolidation nationale et comparaisons inter-régionales.

Pour autant, ces indicateurs doivent s'appuyer sur des travaux statistiques dont le sérieux, la robustesse donc la méthodologie soient indiscutables. C'est la raison pour laquelle le présent amendement propose que les indicateurs soient élaborés conjointement par l'HAS et l'ANAP, après concertation formalisée des fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privées. Au-delà et en termes de méthode, ces indicateurs doivent avoir fait l'objet préalablement d'une phase expérimentale.

Dans le même esprit, et afin d'assurer une cohérence sur l'ensemble du territoire national de la mise en œuvre des objectifs de performance, il est proposé qu'un cadrage général soit défini, après concertation avec les fédérations, sur les modalités de modulation des dotations de financement des établissements en cas de non respect des objectifs contractualisés.

AS	119	
----	-----	--

ASSEMBLEE NATIONALE

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012
AMENDEMENT N° 3

présenté par Valérie BOYER, [REDACTED] IC, Dominique TIAN, [REDACTED]

Compléter l'article par les ² articles suivants :
ARTICLE 35

[REDACTED]

« La liste de ces indicateurs est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées, et déterminés à partir des indicateurs élaborés conjointement et rendus publics par la Haute Autorité de Santé et l'Agence Nationale d'Amélioration de la Performance ».

[REDACTED]

« Les modalités générales de modulation des dotations de financement sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées »

EXPOSE DES MOTIFS

Au titre de cet article, les CPOM des établissements de santé vont intégrer des objectifs de performance au regard des résultats de l'établissement de santé sur une série d'indicateurs de performance rendus publics tous les ans. Il est bienvenu que ces indicateurs soient nationaux, pour éviter une balkanisation régionale d'indicateurs plus ou moins bien élaborés, qui ensuite ne permettraient plus aucune consolidation nationale et comparaisons inter-régionales.

Pour autant, ces indicateurs doivent s'appuyer sur des travaux statistiques dont le sérieux, la robustesse donc la méthodologie soient indiscutables. C'est la raison pour laquelle le présent amendement propose que les indicateurs soient élaborés conjointement par l'HAS et l'ANAP, après concertation formalisée des fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privées. Au-delà et en termes de méthode, ces indicateurs doivent avoir fait l'objet préalablement d'une phase expérimentale.

Dans le même esprit, et afin d'assurer une cohérence sur l'ensemble du territoire national de la mise en œuvre des objectifs de performance, il est proposé qu'un cadrage général soit défini, après concertation avec les fédérations, sur les modalités de modulation des dotations de financement des établissements en cas de non respect des objectifs contractualisés.

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

ARTICLE 35

Amendement n°19 présenté par M. Jean-Marie Rolland
Compléter l'article 35 par les ~~quatre~~ alinéas suivants : (apal 2)

~~ainsi rédigé :~~

2

« La liste de ces indicateurs est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées, et déterminés à partir des indicateurs élaborés conjointement et rendus publics par la Haute Autorité de Santé et l'Agence Nationale d'Amélioration de la Performance ».

~~ainsi rédigé :~~

« Les modalités générales de modulation des dotations de financement sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations hospitalières représentatives, publiques et privées »

EXPOSE DES MOTIFS

Au titre de cet article, les CPOM des établissements de santé vont intégrer des objectifs de performance au regard des résultats de l'établissement de santé sur une série d'indicateurs de performance rendus publics tous les ans. Il est bienvenu que ces indicateurs soient nationaux, pour éviter une balkanisation régionale d'indicateurs plus ou moins bien élaborés, qui ensuite ne permettraient plus aucune consolidation nationale et comparaisons inter-régionales.

Pour autant, ces indicateurs doivent s'appuyer sur des travaux statistiques dont le sérieux, la robustesse donc la méthodologie soient indiscutables. C'est la raison pour laquelle le présent amendement propose que les indicateurs soient élaborés conjointement par l'HAS et l'ANAP, après concertation formalisée des fédérations représentatives de l'hospitalisation publique et privées. Au-delà et en termes de méthode, ces indicateurs doivent avoir fait l'objet préalablement d'une phase expérimentale.

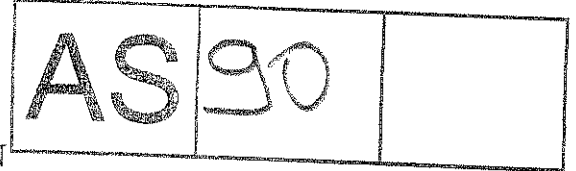
Dans le même esprit, et afin d'assurer une cohérence sur l'ensemble du territoire national de la mise en œuvre des objectifs de performance, il est proposé qu'un cadrage général soit défini, après concertation avec les fédérations, sur les modalités de modulation des dotations de financement des établissements en cas de non respect des objectifs contractualisés.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN



ARTICLE 35

Après le 2ème alinéa, ajouter un alinéa ainsi rédigé :

« Les agences régionales de santé publient chaque année un classement des établissements ayant obtenu les meilleurs résultats selon ses indicateurs de performance ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans un souci de transparence vis-à-vis des cotisants, il convient que les agences régionales de santé publient chaque année un classement régional des établissements les plus performants.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	91	
----	----	--

ARTICLE 35

Après le 2ème alinéa, ajouter un alinéa ainsi rédigé :

« A titre expérimental, pour une durée de deux ans à compter de la publication de la présente loi, il peut décider d'une modulation à la hausse ou à la baisse des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à mettre en place, à titre expérimental et pour une durée de deux ans, un système de bonus – malus par une modulation à la hausse ou à baisse des crédits MIGAC. L'objectif est d'encourager et de récompenser les établissements de santé publics ou privés qui s'engagent dans une démarche active de progrès et de performance, plutôt qu'un dispositif de sanction. Le financement de ce système serait réalisé dans le cadre de l'enveloppe actuelle des MIGAC par une réallocation des ressources entre établissements.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	92	
----	----	--

ARTICLE 35

Après le 2ème alinéa, ajouter un alinéa suivant ainsi rédigé :

« Les établissements de santé définissent l'organisation et la gestion interne qu'ils estiment la plus pertinente pour atteindre ces objectifs ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'amélioration de la performance hospitalière est une impérieuse nécessité. Comme l'a montré le rapport de la MECSS sur le fonctionnement de l'hôpital, il existe d'importantes marges d'efficience dans ce domaine. Dans ce contexte, la définition et la publicité d'indicateurs de performance par établissement de santé va dans le bon sens. Toutefois, cette mesure ne doit pas se traduire par de nouvelles contraintes d'organisation et de gestion pour les hôpitaux. C'est pourquoi, il convient de préciser que les établissements de santé définissent les moyens qu'ils estiment les plus appropriés pour atteindre ces objectifs.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	95	
----	----	--

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 35, ajouter un article ainsi rédigé :

Compléter le 2° de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique par un j ainsi rédigé :

« Elles coordonnent la mise en œuvre de la composition de l'offre hospitalière sur leur territoire conformément aux objectifs définis au 3° de l'article L. 6131-1 du même code ; à ce titre, elles définissent des objectifs chiffrés et un calendrier de cette adaptation de l'offre, en favorisant les coopérations et les regroupements de services ou d'établissements.»

EXPOSÉ SOMMAIRE

Notre pays se caractérise par une part de ses dépenses de santé liées aux soins hospitaliers plus élevée que la plupart des autres pays de l'OCDE. Or, le recours excessif à l'hôpital peut être source de non-qualité et d'inefficience, comme l'ont montré les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

La loi HPST de 2009 a fixé pour priorité la recomposition de l'offre hospitalière et a mis en place des outils nouveaux (communautés hospitalières de territoire par exemple). Comme le soulignent de nombreux rapports parlementaires, près de 30000 lits de court séjour hospitalier (et notamment de CHU) sont susceptibles d'être transférés vers des lits en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) pour une économie nette d'environ 1 Md€ pour l'assurance maladie.

En cohérence avec cet objectif prioritaire, il conviendrait de renforcer la mise en œuvre effective de cette recomposition par les agences régionales de santé (ARS) en fixant des objectifs chiffrés et un calendrier.

Tel est le sens de cet amendement.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012
AMENDEMENT N° 15

présenté par Valérie BOYER, [REDACTED], Dominique TIAN, [REDACTED]

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS
AVANT

L'ARTICLE [REDACTED], insérer l'article suivant :

ap 35

Il est ajouté après le 5^{ème} alinéa de l'article L6114-2 du Code de la Santé Publique un alinéa rédigé comme suit :

« Les établissements de santé qui dépassent les objectifs quantifiés de l'offre de soins qui leur sont impartis, ainsi que l'ensemble des autres établissements qui le souhaitent, s'engagent pour une durée prévue au contrat dans une démarche permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des conditions d'hospitalisation aux besoins des patients au regard des critères de pertinence des soins ou d'hospitalisation fixés par la Haute Autorité de Santé. Ces établissements sont dispensés de l'application des dispositions de l'alinéa précédent relatives aux objectifs quantifiés de l'offre de soins et ne peuvent encourir les pénalités mentionnées. »

Exposé des motifs

Face à l'impératif de maîtrise des dépenses hospitalières, une régulation par les prix désormais au niveau national dans le contexte de la tarification à l'activité s'ajoute à une régulation par les volumes. Cette régulation repose depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 et ses textes d'application sur un dispositif dénommé « objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) » qui consiste à fixer à chaque établissement de santé dans chaque activité de soins qu'il exerce un minimum et un maximum de séjours ou d'actes à produire annuellement ou pluriannuellement.

Or, en dépit des intentions qui prévalaient lors de la publication de l'ordonnance de 2003, il s'avère aujourd'hui que le dispositif des OQOS, dont une des vertus principales devait être de corriger les éventuels effets pervers de la Tarification à l'Activité afin de garantir l'accès aux soins et de répartir de manière optimale l'offre en fonction des besoins, n'est pas à même de satisfaire à cette exigence voire la contredit.

Les pouvoirs publics et les agences régionales de l'hospitalisation, qui ont eu à mettre en œuvre le dispositif des OQOS, reconnaissent l'inefficacité d'un tel dispositif uniquement arithmétique, qui tout comme le système des indices de la carte sanitaire qui le précédait ne permet pas de réguler efficacement les volumes d'activité.

Le dépassement d'un objectif d'activité préalablement fixé ne saurait être opposé à un établissement que dans une seule hypothèse qui est celle de la réalisation d'actes inutiles ou injustifiés. C'est pourquoi, et quand bien même il est aujourd'hui envisagé par les pouvoirs publics de supprimer les OQOS volume -réforme dont on ne sait quand elle est susceptible d'aboutir-, il est dans cette attente proposé qu'il puisse être dérogé au système des objectifs quantifiés en contrepartie de la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation de la pertinence des actes et des hospitalisations, de manière, soit impérative pour les établissements de santé qui dépassent les objectifs quantifiés de l'offre de soins, soit volontaire pour les autres établissements.

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

Article additionnel après l'article 35

A l'article L6114-2 du code de la santé publique, après le 7^e alinéa, ajouter ces alinéas :

« Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé ou des titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 et des groupements de coopération sanitaire sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional d'organisation des soins défini aux articles L. 1434-7 et L. 1434-9 ou du schéma interrégional défini à l'article L. 1434-10.

Ils identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'entre eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs.

Ils précisent leurs engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que leurs autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier, qui peuvent donner lieu à un financement par la dotation prévue à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale.

Ils précisent les engagements pris par l'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération.

Les contrats fixent, le cas échéant par avenant, les éléments relatifs aux missions de service public prévues au dernier alinéa de l'article L. 6112-2 ainsi que ceux relatifs à des missions de soins ou de santé publique spécifiques qui sont assignées à l'établissement de santé ou au titulaire de l'autorisation par l'agence régionale de santé. Ils fixent également les objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée et en définissent les conditions de mise en œuvre.

Les contrats sont signés ou révisés au plus tard six mois après la délivrance de l'autorisation ou l'attribution d'une mission de service public. A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de santé fixe les objectifs quantifiés et les pénalités prévues à l'article L. 6114-1 et les obligations relatives aux missions de service public qu'elle

assigne ainsi que, le cas échéant, les modalités selon lesquelles est calculée leur compensation financière.

Lorsque les établissements publics de santé réalisent une activité supérieure aux engagements pris dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'appréciation portée par le directeur général de l'agence régionale de santé sur cet excédent d'activité tient compte des nécessités liées à l'accomplissement des missions de service public et aux besoins d'accès de la population à des actes de chirurgie à tarifs opposable. »

EXPOSE DES MOTIFS.

Depuis 2002, les établissements publics de santé développent régulièrement leurs activités en médecine, chirurgie et obstétrique, afin de mieux répondre aux besoins de la population.

En premier lieu, il s'agit pour eux de répondre aux objectifs d'efficience et d'équilibre économique qui leurs sont fixés.

En second lieu, cela constitue le seul moyen d'accès pour les patients aux soins de chirurgie à tarif opposable partout sur le territoire national.

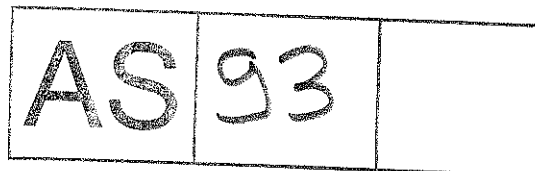
Il est donc proposé d'apprécier l'évolution de l'activité des établissements publics de santé, au regard des missions de service public qu'ils assurent, notamment en termes d'accès aux soins à tarifs opposables.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN



ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 35, ajouter un article ainsi rédigé :

Après le 2° alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, insérer les alinéas suivants :

« Ces contrats définissent des priorités visant à améliorer l'organisation et la gestion de l'établissement. A ce titre, ils fixent des objectifs chiffrés et un calendrier dans les domaines suivants :

- 1° la gestion des capacités d'accueil de l'établissement ;
- 2° l'optimisation de la politique d'achats ;
- 3° la mutualisation ou l'externalisation de certaines fonctions techniques ou supports ;
- 4° les circuits de facturation-recouvrement. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement propose d'intégrer dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre l'agence régionale de santé et chaque établissement de santé des objectifs visant à améliorer l'organisation et la gestion interne des établissements.

Le rapport de la MECSS sur le fonctionnement de l'hôpital d'avril 2010 a montré les marges d'efficience dans la gestion de l'hôpital en particulier dans les domaines suivants :

- La gestion des capacités d'accueil : l'optimisation de la gestion des lits peut permettre aux établissements de réaliser des gains substantiels, pouvant représenter au minimum 10 % d'activité et de financement supplémentaire, voire davantage.
- La politique d'achats : partant du constat que le prix d'achat des produits et services peuvent varier de 5 % à 90 %, on constate que la solution des groupements d'achats peut permettre d'économiser jusqu'à 10% du montant des achats.
- La mutualisation ou l'externalisation de certaines fonctions support, largement réalisée dans les établissements de santé privés, reste faible dans les établissements publics. Or, des gains substantiels sont à en attendre. Certaines fonctions comme la restauration, la blanchisserie ou la stérilisation peuvent représenter jusqu'à 10 % du budget de fonctionnement.
- Les circuits de facturation – recouvrement : dans certains établissements, le taux de non-recouvrement ou d'actes non facturés peut atteindre jusqu'à 15 % des recettes potentielles, ce qui n'est pas acceptable.

Il est urgent de mettre en œuvre ces recommandations de la MECSS dans le souci d'améliorer l'efficience de l'établissement tout en améliorant la qualité. Tel est l'objet de cet amendement.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2012 (N° 3790)

Amendement présenté par M. Yves Bur

Article additionnel



Après l'article 35, insérer un article ainsi rédigé :

« I.– L'article L. 6211-21 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6211-21.– Sous réserve des accords ou conventions susceptibles d'être passés avec des régimes ou des organismes d'assurance maladie ou des établissements de santé publics ou privés, ou des groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1, et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale prise en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale. »

« II.– Le IV de l'article 8 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale est supprimé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement a pour objet de rétablir la possibilité d'ajuster les prix par rapport aux tarifs des examens de biologie médicale dans le cadre de convention entre les laboratoires de biologie médicale réalisant les examens et les établissements de santé, les caisses d'assurance maladie ou d'autres laboratoires.

La suppression de cette possibilité d'ajustement des tarifs représenterait une augmentation de dépenses de 48,7 millions d'euros pour les établissements publics de santé concernés, dans un contexte où ils sont fortement sollicités pour améliorer leur situation financière.

L'impact financier est considérable pour les établissements de santé de proximité ayant confié leur biologie à un laboratoire privé. Par exemple, le surcoût annuel représenterait pour un établissement du centre de la France 260 000 euros, soit six postes d'infirmiers.

Cela concerne également des établissements plus importants qui transmettent leur activité d'immuno-hématologie à l'Établissement français du sang (EFS) le plus proche, souvent sur le même site. A titre d'exemple, le surcoût pour un CHU serait de l'ordre de 800 000 euros par an, soit environ l'équivalent de huit postes de praticien hospitalier à temps plein.

Par ailleurs, une convention entre laboratoires de biologie médicale permettant d'ajuster les prix en fonction du volume des examens ne remet pas en cause ni la nature médicale ni la qualité de l'acte garantie par l'accréditation du laboratoire de biologie médicale effectuant les examens.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2012

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

Article additionnel après l'article 35

L'article L.162-21-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – Au premier alinéa, les mots : « , pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2007, » ainsi que la deuxième phrase sont supprimés.

II. – Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« L'observatoire est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. Il se fonde notamment sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités.» ;

III. – Au quatrième alinéa, le mot : « semestriel » est remplacé par le mot : « annuel ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article L.162-21-3 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 73 de la loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité social pour 2007, a créé l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée à compter du 1^{er} janvier 2007. Cet article prévoit une évaluation du fonctionnement de cet observatoire au plus tard à la fin de l'année 2011.

Les membres de l'observatoire se sont prononcés à l'unanimité pour la pérennisation de l'instance de façon autonome et ont souhaité améliorer son fonctionnement et enrichir ses missions afin de mieux répondre aux objectifs d'information du Gouvernement et du Parlement, destinataires de ses analyses. Cet amendement vise à transposer dans la loi ces orientations.

L'observatoire économique de l'hospitalisation économique publique et privée procèdera désormais à un suivi plus fin des dépenses hospitalières, une analyse conjoncturelle de l'activité et un suivi financier des établissements de santé.

Du fait de l'élargissement du périmètre de ses missions, le rapport sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation, désormais annuel, présentera des analyses plus détaillées et sera enrichi notamment d'analyses « médicalisées » sur certains segments d'activité et d'une mise en perspective des évolutions en pluriannuel.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012
AMENDEMENT N° 12

présenté par Valérie BOYER, Jean-Michel EVRARD, Dominique TIAN, [REDACTED]

ARTICLE ADDITIONNEL

~~AVANT~~ L'ARTICLE 35, insérer l'article suivant :
Après 35

Il est ajouté au Code de la Sécurité Sociale un article L162-21-4 ainsi rédigé :

« L162-21-4. Afin de mettre en œuvre une régulation partagée de la politique économique des établissements de santé et garantir la transparence des méthodes de détermination des tarifs des prestations prévues aux articles L162-22-1 et L162-22-6, l'Etat et l'assurance maladie concluent avec les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé un accord-cadre déterminant les relations entre les partenaires et notamment :

1° Le partage des informations sur les productions de séjours, l'activité des établissements et la prise en charge par les régimes obligatoires des catégories de prestations ainsi que la mise en commun des études produites à cet effet dans le cadre de l'observatoire prévu à l'article L.162-21-3

2° Le suivi commun des dépenses et de leurs projections pluriannuelles y compris des dépenses relevant des autres secteurs de la santé

3° La mise en œuvre commune d'une politique de régulation des dépenses des établissements de soins dont l'objectif est la recherche de sources d'économies et, le cas échéant, la détermination des orientations en matière de choix de prise en charge des prestations dans un but d'efficience

4° La signature d'accords de bonnes pratiques et de maîtrise médicalisée

5° Les modalités de déclinaison dans les financements des établissements de santé des plans nationaux de santé publique ou d'actions ciblées sur certaines activités.

L'accord-cadre visé ci-dessus déterminera un cadre pluriannuel d'évolution des tarifs de certaines prestations sur le fondement des résultats des études citées au 1° du présent article.

Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de mise en œuvre de l'accord-cadre visé ci-dessus sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

Exposé des motifs

Le fait que les tarifs des séjours hospitaliers soient administrés n'est pas contesté car il revient à l'Etat et à l'assurance maladie d'assurer un équilibre entre les différents objectifs que sont la réponse aux besoins de soins de la population ou l'accès à des thérapeutiques et des techniques de soins nouvelles afin d'améliorer l'état de santé global de la population mais également la maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui passe par une régulation.

Cependant, pour favoriser l'adhésion des établissements aux mesures de régulation mises en œuvre, et pour garantir à leurs représentants une transparence et une anticipation accrues, une politique conventionnelle dans un cadre pluriannuel pourrait être menée à l'instar de celle en place dans le domaine du médicament depuis 1994.

Conclu entre les fédérations représentatives des établissements de santé, l'Etat et l'assurance maladie, l'accord aurait une durée de trois ans. Il pourrait être amendé par avenants.

Une organisation permettant un suivi régulier de la mise en œuvre de l'accord sera définie par décret.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	81	
----	----	--

ARTICLE ADDITIONNEL

35

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

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

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

EXPOSÉ SOMMAIRE

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

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

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

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790

Amendement n°

Présenté par

AS	182	
----	-----	--

Jean Luc PREEL Claude LETEURTRE

Article additionnel ^{après} ~~avant~~ l'article ~~35~~ 35

Insérer l'article additionnel ainsi rédigé :

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

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

EXPOSE DES MOTIFS :

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

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

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

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 35

Insérer l'article suivant :

A la fin de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale, ajouter un nouvel alinéa ainsi rédigé :

«4° pour les établissements privés autres que les établissements privés non lucratifs, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux. »

EXPOSE DES MOTIFS

Cet amendement vise à intégrer les honoraires médicaux dans le tarif des séjours des établissements privés, préalablement à la régulation « prix-volume ». Celle-ci n'a pas, à ce jour, le même impact selon le secteur d'exercice et elle s'effectue au détriment de l'hôpital public : son coût de séjour est effectivement « tout compris » alors que dans le privé, les honoraires sont soumis aux résultats de la négociation conventionnelle.

Les établissements publics et privés sont actuellement engagés dans un processus de convergence d'application de la tarification à l'activité alors que les modalités de détermination des coûts des séjours sont différentes. Les honoraires médicaux ne sont pas intégrés dans les coûts des séjours des cliniques privées, alors même que les rémunérations des professionnels médicaux font parties du coût des séjours des établissements publics qui est un coût « global ».

Cet élément participe à la distorsion de tarification que décrit la Cour des Comptes dans son rapport de 2010.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2012

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

Article additionnel après 35

I. – L'article L.162-22-7-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces spécialités et à ces produits et prestations » sont remplacés par les mots : « deux taux prévisionnels d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes respectivement à ces spécialités pharmaceutiques et à ces produits et prestations ».

2° Au deuxième alinéa, les mots : « de ce taux » sont remplacés par les mots : « d'au moins un de ces taux ».

3° Au deuxième alinéa, les mots : « pratiques de cet établissement » sont remplacés par les mots : « qui est annexé au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations ».

II. – Les dispositions du 1° et du 2° s'appliquent pour la première fois au titre des dépenses de santé de l'année 2012. Les dispositions du 3° s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2013.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La mesure proposée vise à améliorer le dispositif de régulation des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux implantables) financés en sus des prestations d'hospitalisation mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 sur deux points, en l'adaptant à la spécificité des deux catégories de produits concernés et en le coordonnant mieux avec un dispositif existant sur le même champ.

Il s'agit tout d'abord aux 1° et 2° de dissocier le suivi des dépenses de médicaments de celles des dispositifs médicaux.

En effet, la régulation des dépenses des produits de santé inscrits sur les listes en sus se fonde actuellement sur le dépassement d'un taux national d'évolution, commun aux médicaments et aux dispositifs médicaux implantables (DMI) : dès lors qu'un établissement de santé dépasse ce taux et que l'ARS estime que cette croissance résulte du non respect des référentiels des agences sanitaires (HAS, INCA, AFSSAPS) l'ARS et l'assurance maladie concluent un plan d'actions avec l'établissement afin d'améliorer les pratiques de prescriptions pour l'ensemble des produits de santé.

Or, l'existence d'un taux commun masque à l'échelle de l'établissement d'éventuelles évolutions économiques différentes entre les deux catégories de produits de santé, ne permettant d'assurer qu'imparfaitement la régulation. De plus, les caractéristiques de ces deux catégories de produits de santé diffèrent substantiellement (prescripteurs et référentiels différents), méritant ainsi un traitement spécifique.

D'autre part, par souci de simplification et d'efficacité, la mesure, dans le 3° du I, améliore l'articulation du dispositif de régulation de la liste en sus avec celui du contrat de bon usage du médicament et des produits de santé.

Mis en place par la LFSS pour 2004 et par le décret d'application n°2005-1023 du 24 août 2005, le contrat de bon usage est conclu avec les mêmes interlocuteurs que le plan d'actions. Il met, quant à lui, l'accent sur des objectifs essentiellement qualitatifs du circuit des produits de santé à l'hôpital tels que la qualité de la prescription, la sécurisation et l'informatisation du circuit du médicament, le développement de pratiques pluridisciplinaires.

Les deux mécanismes que sont la régulation et le contrat de bon usage se complètent utilement puisqu'à une approche macro économique (la croissance annuelle des prescriptions) justifiant le ciblage de certains établissements à forte croissance et si nécessaire la conclusion d'un plan d'actions est associée une démarche qualitative du circuit des produits de santé.

Or, l'absence actuelle d'articulation des deux dispositifs qui n'ont pas vocation à se substituer l'un à l'autre en raison de leurs objectifs complémentaires mais distincts, rend inutilement complexes les relations entre les ARS chargées de leur application et les établissements de santé.

Le 3° du I vise à coordonner les deux dispositifs.

La disposition prévue au 1° et 2° du I, créant deux taux prévisionnels d'évolution, entre en vigueur pour les dépenses 2012 des listes en sus, comme le prévoit le II. Ces taux serviront de base à la campagne de régulation 2013. Par cohérence, le II prévoit donc que les plans d'actions conclus dès 2013 seront annexés aux contrats de bon usage.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2012

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

Article additionnel après l'article 35

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

1° le V de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est supprimé

2° le quatrième alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale est supprimé

3° Après l'article L. 162-22, il est inséré un article L. 162-22-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-1. – Le Gouvernement présente avant le 15 septembre de chaque année au Parlement un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé, incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises :

- sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. A ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur leurs coûts de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ;

- sur les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L.162-22-13. A ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de

celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement, ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ;

- sur le processus de convergence des tarifs, tel que mentionné à l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. A ce titre, le rapport met en perspective le programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018. »

II. – Les deux dernières phrases du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 sont supprimés.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Trois rapports du Gouvernement au Parlement ont été progressivement institués ces dernières années, visant à décrire et à donner le bilan des actions ayant trait au financement des établissements de santé :

- l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale dispose que le Gouvernement présente avant le 15 septembre de chaque année au Parlement un rapport sur la tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés ;

- l'article L.162-22-13 du code de la sécurité sociale prévoit la transmission avant le 15 octobre de chaque année d'un bilan contenant une analyse du bien-fondé du périmètre des MIGAC (...), de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement, ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ;

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (VII de l'article 33) dispose que le gouvernement transmet au parlement un bilan d'avancement du processus de convergence avant le 15 septembre de chaque année jusqu'en 2018. Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018.

La délimitation des champs respectifs couverts par ces rapports est insatisfaisante, les sujets étant connexes. Les redondances sont nombreuses (notamment entre le rapport sur la T2A et celui sur les MIGAC) et l'articulation entre eux complexe. De ce fait, ces documents sont insuffisamment lisibles.

La multiplication des rapports n'apporte aucune plus-value, voire peut même se révéler contre productive car allant à l'encontre de l'objectif premier qui est d'informer le Parlement.

Cet amendement propose donc de supprimer les 3 dispositions précitées et introduire un nouvel article dans le code de la sécurité social disposant que le Gouvernement transmet au Parlement un rapport annuel, ayant pour contenu l'ensemble des thématiques traitées dans les 3 rapports.

L'objectif est de présenter au Parlement une vision cohérente des actions menées en termes de financement des établissements de santé, en fournissant notamment un bilan rétrospectif et présentant les évolutions à venir à court, moyen et long terme.

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement n°12 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article additionnel ^{après} ~~l'article~~ l'article 35

Le 1° de l'article L162-22-10 du Code de la Sécurité sociale est remplacé par le paragraphe suivant :

« 1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré qui sont décomposés en deux tarifs, l'un pour les prestations de soins des établissements de santé et l'autre, pour les établissements prévus aux a), b) et c) ci-dessus, pour les prestations rémunérant les moyens médicaux et les services médico-techniques mis en oeuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ; »

Exposé des motifs

L'alignement des tarifs publics sur la somme : tarifs cliniques + honoraires médicaux et médico-techniques, est techniquement très complexe. Les honoraires sont en effet calculés sur une base propre (CCAM) et non sur la base des GHS. Il est donc impossible en pratique de garantir l'égalité des montants facturés. De plus, les honoraires et les tarifs étant fixés en application de règles distinctes, il n'y a aucune raison que l'égalité puisse être maintenue dans le temps.

Le présent amendement vise donc à rémunérer chaque séjour dans un établissement public sur la base de deux GHS :

- l'un dit de frais de séjour correspondant aux dépenses (hors honoraires) des cliniques.
- l'autre calculé sur la base des coûts réels moyens des seuls établissements publics correspondant au champ couvert par les honoraires médicaux et les services médico-techniques (SMT).

La distinction entre ces deux masses permettra au demeurant une meilleure appréhension de l'activité médicale.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2012

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

Article additionnel après l'article 35

Rétablir, après l'article L. 162-24-1 du code de la sécurité sociale, un article L. 162-25 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-25.- L'action des établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an, à compter du premier jour du trimestre suivant celui auquel se rapporte la prestation. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements de santé tarifés à l'activité (en l'espèce, les établissements antérieurement sous dotation globale) et les établissements pour personnes handicapées tarifés au prix de journée disposent actuellement d'un délai très long pour émettre et modifier leurs factures.

Ce délai est incompatible avec un pilotage pertinent de l'ONDAM qui nécessite de disposer le plus rapidement possible des données de dépenses afférentes à l'exercice en cours, et, plus généralement, d'être en mesure de rattacher les dépenses réalisées au bon exercice.

Ce constat a été pointé par la Cour des comptes dans son rapport sur la certification des comptes de la CNAMTS pour l'exercice 2010 mais également par l'IGAS dans le cadre du rapport sur le respect de l'objectif global de dépenses rendu en mars 2011.

La Cour des comptes insiste sur la nécessité de mieux identifier le rattachement des charges au bon exercice afin d'améliorer le suivi comptable de la facturation de la part activité des établissements de santé anciennement sous dotation globale.

L'amendement proposé vise ainsi à corriger l'incertitude entachant le constat de réalisation des sous objectifs de l'ONDAM relatifs aux établissements de santé tarifés à l'activité, du fait des difficultés d'imputation des dépenses aux bons exercices de rattachement.

Il fixe un délai d'un an pour l'émission et la rectification des données de facturation des établissements de santé tarifés à l'activité. Passé ce délai, l'action des établissements auprès de l'assurance maladie pour le paiement des prestations réalisées n'est plus possible. L'amendement proposé vise également à harmoniser les dispositions relatives aux établissements publics (ex-DG) et privés (ex-OQN) qui sont aujourd'hui hétérogènes.

**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE

35

Insérer l'article suivant :

A l'article L 174-6 du code de la sécurité sociale, supprimer le 3^e alinéa.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer le dispositif de convergence tarifaire dans les unités de soins de longue durée (USLD).

Depuis le 1^{er} janvier 2010, les lits « USLD redéfinis » existants ont été confirmés dans leur vocation sanitaire, suite à l'opération de partition qui s'est étalée sur 3 exercices (2007, 2008 et 2009). La confirmation de cette orientation sanitaire s'est traduite par une allocation budgétaire plus favorable à celle retenue pour les lits « transformés » en lits EHPAD au cours de cette opération, allocation justifiée par l'accueil de personnes âgées très malades dans les lits d'USLD.

Or, la mise en œuvre du dispositif de convergence de manière strictement identique au dispositif applicable aux EHPAD soulève une incompréhension importante sur l'intérêt même du processus de partition. La convergence ne se justifie pas dans la mesure où les personnes âgées hospitalisées en USLD sont des personnes malades ne pouvant pas être hébergées en EHPAD.

Réduire les moyens des USLD conduira, d'une part, à licencier des personnels soignants et, d'autre part, compromettra les possibilités d'hospitalisation des patients dans les territoires. C'est alors toute la filière gériatrique qui se trouvera mise en cause.

Le développement des maladies chroniques, l'allongement de la durée de la vie nécessitent des réponses coordonnées et diversifiées. Les unités de soins de longue durée redéfinies, à condition d'être soutenues dans leur fonctionnement, constituent une part de la réponse aux besoins de soins les plus complexes au long cours.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

(n°3790)

AMENDEMENT

présenté par

AS	362	
----	-----	--

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

ARTICLE ADDITIONNEL

35

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

Le 3ème alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale est supprimé.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Cet amendement vise à abroger la convergence tarifaire entre les unités de soins de longue durée publiques et privées.

AS	22	
----	----	--

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement n°11 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article additionnel ^{après} ~~avant~~ l'article ~~33~~ 35

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

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, au 1^{er} juillet 2011, puis 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.

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2012

(n°3790)

AMENDEMENT

présenté par

AS	360	
----	-----	--

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

ARTICLE ADDITIONNEL

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

« Le VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est abrogé ».

EXPOSE DES MOTIFS

Cet amendement vise à supprimer la convergence tarifaire.

Cette mesure contestable sur le fond s'avère de surcroît inapplicable, en particulier entre les structures publiques et privées qui n'ont ni les mêmes missions, ni les mêmes publics.



**PROJET DE LOI n° 3790
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012**

Amendement

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

ARTICLE ADDITIONNEL APRES L'ARTICLE 35

Insérer l'article suivant :

« Le VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est supprimé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer la convergence tarifaire conduite à « marche forcée » entre les hôpitaux publics et les cliniques privées.

Dans la LFSS pour 2010, le gouvernement a reporté la convergence à 2018 au lieu de 2012. Or ce dispositif doit être supprimé sous toutes ses formes, y compris la convergence ciblée mise en œuvre en 2010, dans l'attente des enquêtes préconisées par l'IGAS en 2006 permettant d'identifier le poids des missions de service public dans le financement des établissements de santé.

Les modalités de détermination des coûts des séjours sont différentes entre les établissements publics et privés.

Les honoraires médicaux ne sont pas intégrés dans les coûts des séjours des cliniques privées, alors même que les rémunérations des professionnels médicaux font parties du coût des séjours des établissements publics qui est un coût « global ».

Pour cette raison, la régulation prix-volume n'a pas, à ce jour, le même impact selon le secteur d'exercice et elle s'effectue au détriment de l'hôpital public : son coût de séjour est effectivement « tout compris » alors que dans le privé, les honoraires sont soumis aux résultats de la négociation conventionnelle.

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement n° 13 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article additionnel ^{après} ~~avant~~ l'article ~~33~~ **35**

Ajouter au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale remplacer le premier paragraphe par le paragraphe suivant :

« A compter du 1^{er} mars 2012 et jusqu'au 31 décembre 2017, il est créé pour les établissements prévus au a), b) et c) de l'article L162-22-6 du Code de la Sécurité sociale une dotation de convergence correspondant au différentiel entre les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1^o du I de l'article L162-22-10 du Code de la Sécurité sociale à la date du 1^{er} mars 2012 et ceux afférant aux prestations de soins prévues au 1^o de l'article L162-22-6 du même code. Sur le fondement des études menées afin de déterminer les coûts des prestations, cette dotation est affectée au 31 décembre 2017 à la dotation prévue à l'article L162-22-13 ».

Exposé des motifs

Pour aligner les tarifs des hôpitaux sur ceux des cliniques, il est nécessaire de compenser intégralement la perte de revenus par des crédits dédiés sous forme d'une dotation de convergence.

Cette opération garantit aux établissements leur « stock » de ressources.

En revanche, toute activité supplémentaire générée à compter de la date de mise en place est payée au tarif unique (majorée du GHS rémunérations médicales et Services Médico-Technique).

Il convient en effet de distinguer la masse financière allouée de l'accroissement de l'activité. En effet la remise en cause des écarts de revenus issus de l'histoire propre à chaque secteur, des revenus générés par l'activité nouvelle des établissements, ne peut être que très progressive.

L'alignement des tarifs de séjour publics sur ceux du secteur hospitalier privé se traduit par une réduction de ressources de 7,3 Mds €, compensés aux établissements publics sous forme de dotation de convergence, dont le présent amendement porte création.

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

AS	25	
----	----	--

Amendement n°14 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article additionnel ^{après} ~~avant~~ l'article 35

Ajouter au VII de l'article 33 de la loi n°2003-1199 de financement de la sécurité sociale à la fin du premier paragraphe ajouter la phrase suivante :

« A compter du 1^{er} mars 2012, et afin de définir le processus de convergence, il est institué une échelle commune des tarifs des établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L162-22-6 fondée sur une étude nationale de coûts ».

Exposé des motifs

Il est nécessaire de poursuivre les études permettant d'évaluer la pertinence de la dotation de convergence nouvellement définie. Cette dotation de convergence est une enveloppe provisoire, ses ressources ayant vocation à être transférées vers les MIGAC (missions de service public) ou à être réintégrées pour la part correspondant à un strict écart de productivité, dans l'enveloppe « tarifs » au profit des établissements publics et privés ou remises à disposition de l'ONDAM.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN



ARTICLE ADDITIONNEL

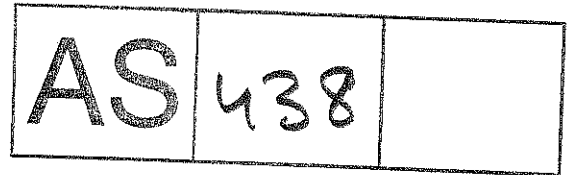
Après l'article 35, ajouter un article ainsi rédigé :

Le VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« A compter de 2012, au moins 20 % des tarifs mentionnés au 1° du I. de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale font l'objet, chaque année, de la convergence mentionnée au premier alinéa ; elle est complète pour au moins la moitié d'entre eux. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le processus de convergence tarifaire entre les catégories d'établissements de santé a été lancé en 2003 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 mais sa date d'achèvement a été reportée régulièrement depuis lors. Depuis la loi de financement pour 2010, celle-ci est fixée à 2018. Pour préparer cette échéance et légitimer cet ultime report, le Gouvernement s'était alors engagé à procéder, en 2010, à une convergence « ciblée ». Il semble en conséquence nécessaire de programmer exactement les prochaines étapes de la convergence, afin que les acteurs du secteur puissent anticiper les évolutions futures. C'est pourquoi, cet amendement propose de fixer un objectif d'au moins 20 % de GHM concernés chaque année par la convergence, dont la moitié devra être complètement rapprochée.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2012**

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

Article additionnel après l'article 35

Au VIII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, substituer à la date :

« 1^{er} janvier 2012 »,

la date :

« 1^{er} mars 2013 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) dans les ex hôpitaux locaux était initialement prévue, pour leur activité de médecine, à compter du 1^{er} janvier 2012 conformément au VIII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004. A cet effet, des travaux de sensibilisation ont été engagés par les ARS dès 2010, incitant notamment les établissements à faire adapter leurs logiciels de facturation et de codage des actes médicaux et à mettre en place des contrôles de qualité de leurs données PMSI.

Il apparaît cependant qu'il sera difficile de finaliser les actions à mener dans les délais requis au regard des ressources techniques limitées de ces établissements.

La recherche d'une meilleure articulation entre la réforme du financement des activités de médecine, d'une part, et la réforme du financement des activités de SSR, d'autre part, deux catégories d'activités souvent mise en œuvre conjointement au sein des ex hôpitaux locaux plaide, par ailleurs, pour un rapprochement des calendriers.

Aussi le présent amendement a pour objet de reporter l'application de la T2A aux ex hôpitaux locaux au 1^{er} mars 2013. Ce report répond à l'ambition d'assurer la pérennité des ex hôpitaux locaux et de prendre en compte à cet effet leurs spécificités dans le modèle de financement.

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

AS	26	
----	----	--

Amendement n° 15 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article additionnel ^{après} ~~avant~~ l'article ■ 35

Après les mots « tarifs les plus bas », la fin de la 2^{ème} phrase du 1^{er} alinéa du VII de l'article 33 de la loi de finances rectificative pour 2004 est complétée comme suit :

« sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire ».

Exposé des motifs

Afin de poursuivre la convergence tarifaire, il convient également de déterminer un modèle de convergence qui décrit précisément et opérationnellement ce que sera le système de tarification à construire d'ici 2018.

A cet égard, en cas de convergence du privé vers le public, il est nécessaire que l'équité puisse être respectée.

Or le modèle de convergence actuel compare les montants payés tous payeurs confondus, c'est-à-dire en incluant les dépassements, alors que le taux de prise en charge par le régime obligatoire n'est pas le même.

Il n'est pas équitable que pour un montant rendu identique tous payeurs confondus, la solidarité nationale n'intervienne pas dans les mêmes conditions.

C'est pourquoi, dans l'attente de la mise en place du secteur optionnel, si le processus de convergence est orienté vers les tarifs les plus bas, il doit être précisé que ces tarifs les plus bas sont calculés sur la base du taux de prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

PROJET DE LOI

AS	34	
----	----	--

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement ~~XXXX~~ présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article additionnel après l'article 35:

- I. Le I de l'article 77 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est ainsi modifié : Les mots « cinq ans » sont remplacés par les mots « huit ans ».
- II. Le taux d'évolution de la dotation annuelle de financement des établissements de santé publics ou privés autorisés en soins de suite et de réadaptation, et relevant de l'article L 174-1 du code de la sécurité sociale pour leur financement, est fixé pour l'année 2012 par un arrêté du Ministre chargé de la Santé et de la Sécurité Sociale.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Des perspectives de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) des établissements de santé avaient été introduites sur le fondement de l'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, dans le cadre d'une expérimentation devant prendre fin au 31 décembre 2011.

L'élaboration technique nécessaire à cette expérimentation n'a pas encore permis son déploiement opérationnel au 1er janvier 2012 pour ces deux activités, et plus particulièrement pour l'activité de soins de suite et de réadaptation pour laquelle le Ministère de la Santé a indiqué lors du comité de pilotage sur la tarification à l'activité en SSR du 27 septembre 2011, avec les 3 fédérations (FEHAP, FHF et CSSR-FHP), que le projet d'engager une première phase en 2012 sur les molécules onéreuses et quelques missions d'intérêt général était reporté, suite à un arbitrage gouvernemental sur le contenu du PLFSS 2012.

Il semble donc nécessaire de proroger la période d'expérimentation d'au moins deux années pour permettre aux travaux préparatoires, et notamment la conduite des expérimentations préalables aux réformes tarifaires. C'est l'objet de la proposition d'amendement figurant au I.

Par ailleurs et dans cette attente, il ya lieu de constater que le « point IVA » (indice de valorisation de l'activité) en SSR) n'a fait l'objet d'aucune amélioration technique depuis 3 ans, au nom de « la mise en place de la T2A en SSR en 2012 ». Les injustices issues d'incohérences statistiques ou d'imperfections méthodologiques sont patentes, et non susceptibles d'être réajustées en quelques mois, alors que la T2A en SSR se voit reportée aux calendres grecques. C'est la raison pour laquelle le présent amendement propose d'orienter l'évolution des dotations annuelles de financement (DAF) sur la base d'un taux directeur national, tenant compte de l'évolution des salaires et des prix. En effet et aujourd'hui, la caractérisation des établissements de SSR comme « sous-dotés » et justifiant de péréquations positives, d'une part d'autres établissements considérés comme « sur-dotés » et subissant des péréquations négatives, ne résiste pas à l'analyse.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012
AMENDEMENT N° 9

présenté par Valérie BOYER, [REDACTED], Dominique TIAN, [REDACTED]

ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 35, insérer l'article suivant :

- I. Le I de l'article 77 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est ainsi modifié : Les mots « cinq ans » sont remplacés par les mots « huit ans ».
- II. Le taux d'évolution de la dotation annuelle de financement des établissements de santé publics ou privés autorisés en soins de suite et de réadaptation, et relevant de l'article L 174-1 du code de la sécurité sociale pour leur financement, est fixé pour l'année 2012 par un arrêté du Ministre chargé de la Santé et de la Sécurité Sociale.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Des perspectives de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) des établissements de santé avaient été introduites sur le fondement de l'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, dans le cadre d'une expérimentation devant prendre fin au 31 décembre 2011.

L'élaboration technique nécessaire à cette expérimentation n'a pas encore permis son déploiement opérationnel au 1er janvier 2012 pour ces deux activités, et plus particulièrement pour l'activité de soins de suite et de réadaptation pour laquelle le Ministère de la Santé a indiqué lors du comité de pilotage sur la tarification à l'activité en SSR du 27 septembre 2011, avec les 3 fédérations (FEHAP, FHF et CSSR-FHP), que le projet d'engager une première phase en 2012 sur les molécules onéreuses et quelques missions d'intérêt général était reporté, suite à un arbitrage gouvernemental sur le contenu du PLFSS 2012.

Il semble donc nécessaire de proroger la période d'expérimentation d'au moins deux années pour permettre aux travaux préparatoires, et notamment la conduite des expérimentations préalables aux réformes tarifaires. C'est l'objet de la proposition d'amendement figurant au I.

Par ailleurs et dans cette attente, il ya lieu de constater que le « point IVA » (indice de valorisation de l'activité » en SSR) n'a fait l'objet d'aucune amélioration technique depuis 3 ans, au nom de « la mise en place de la T2A en SSR en 2012 ». Les injustices issues d'incohérences statistiques ou d'imperfections méthodologiques sont patentées, et non susceptibles d'être réajustées en quelques mois, alors que la T2A en SSR se voit reportée aux calendres grecques. C'est la raison pour laquelle le présent amendement propose d'orienter l'évolution des dotations annuelles de financement (DAF) sur la base d'un taux directeur national, tenant compte de l'évolution des salaires et des prix. En effet et aujourd'hui, la caractérisation des établissements de SSR comme « sous-dotés » et justifiant de péréquations positives, d'une part d'autres établissements considérés comme « sur-dotés » et subissant des péréquations négatives, ne résiste pas à l'analyse.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

Texte n°3790

Amendement n°

AS	195	
----	-----	--

Présenté par Jean Luc PREEL, Claude LETEURTRE

APRÈS l'Article 35

Après l'article 35, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

I. Le I de l'article 77 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est ainsi modifié : Les mots « cinq ans » sont remplacés par les mots « huit ans ».
II. Le taux d'évolution de la dotation annuelle de financement des établissements de santé publics ou privés autorisés en soins de suite et de réadaptation, et relevant de l'article L 174-1 du code de la sécurité sociale pour leur financement, est fixé pour l'année 2012 par un arrêté du Ministre chargé de la Santé et de la Sécurité Sociale.

EXPOSE DES MOTIFS

Des perspectives de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) des établissements de santé avaient été introduites sur le fondement de l'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, dans le cadre d'une expérimentation devant prendre fin au 31 décembre 2011.

L'élaboration technique nécessaire à cette expérimentation n'a pas encore permis son déploiement opérationnel au 1er janvier 2012 pour ces deux activités, et plus particulièrement pour l'activité de soins de suite et de réadaptation pour laquelle le Ministère de la Santé a indiqué lors du comité de pilotage sur la tarification à l'activité en SSR du 27 septembre 2011, avec les 3 fédérations (FEHAP, FHF et CSSR-FHP), que le projet d'engager une première phase en 2012 sur les molécules onéreuses et quelques missions d'intérêt général était reporté, suite à un arbitrage gouvernemental sur le contenu du PLFSS 2012.

Il semble donc nécessaire de proroger la période d'expérimentation d'au moins deux années pour permettre aux travaux préparatoires, et notamment la conduite des expérimentations préalables aux réformes tarifaires. C'est l'objet de la proposition d'amendement figurant au I.

Par ailleurs et dans cette attente, il ya lieu de constater que le « point IVA » (indice de valorisation de l'activité » en SSR) n'a fait l'objet d'aucune amélioration technique depuis 3 ans, au nom de « la mise en place de la T2A en SSR en 2012 ». Les injustices issues d'incohérences statistiques ou d'imperfections méthodologiques sont patentes, et non susceptibles d'être réajustées en quelques mois, alors que la T2A en SSR se voit reportée sine die. C'est la raison pour laquelle le présent amendement propose d'orienter l'évolution des dotations annuelles de financement (DAF) sur la base d'un taux directeur national, tenant compte de l'évolution des salaires et des prix. En effet et aujourd'hui, la caractérisation des établissements de SSR comme « sous-dotés » et justifiant de péréquations positives, d'une part d'autres établissements considérés comme « sur-dotés » et subissant des péréquations négatives, ne résiste pas à l'analyse.

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2012

Amendement n°9 présenté par M. Jean-Marie Rolland

Article additionnel ^{après} avant l'article 35

~~Ajouter un~~ ainsi rédigé :

✶ A la fin du I de l'article 77 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006, 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 2012. »

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 avril 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.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	82	
----	----	--

ARTICLE ADDITIONNEL

35
Après l'article ~~77~~, ajouter un article ainsi rédigé :

A la fin du I de l'article 77 de la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006, ajouter un V ainsi rédigé :

V- « 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 2012. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

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 avril 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.

ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	79	
----	----	--

ARTICLE ADDITIONNEL

35

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

L'article 70 de la loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 est complété comme suit :

« IV- A compter du 1^{er} mars 2013, les activités mentionnées au 5° de l'article R6122-25 du code de la santé publique exercées par les établissements mentionnés à l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale sont financées sur la base de tarifs de prestations nationaux identiques pour les établissements de santé mentionnés respectivement aux a, b et c de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux d et e du même article.

A compter de cette même date, un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 5° de l'article R6122-25 du code de la santé publique est défini chaque année.

Dans cette perspective, et d'ici au 1^{er} mars 2013, il est procédé à une évaluation de la part des financements attribués aux établissements de santé mentionnés respectivement aux a, b et c de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux d et e du même article au regard des missions assumées et des patients pris en charge. Cette évaluation fait l'objet d'un rapport remis au Parlement le 1^{er} octobre 2012. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le report annoncé de l'activation partielle de la tarification à l'activité (T2A) à 2013 pour les activités de soins de suite et réadaptation (SSR) accentue le décalage entre, la réglementation mise en œuvre en 2008 qui instaure un socle réglementaire commun, et le financement de ces activités qui est différencié selon le secteur d'hospitalisation.

En effet, les cliniques et structure privées SSR d'une part, et les hôpitaux publics et/ou assimilés d'autre part, sont respectivement financés sur la base de prix de journée, et d'une dotation annuelle de financement dont les déterminants sont déconnectés des charges qui incombent aux établissements depuis la mise en œuvre du socle réglementaire commun. En outre, la lourdeur de la prise en charge est relativement semblable dans les secteurs public et privé. En atteste la valeur moyenne de la journée en points IVA, qui est relativement proche entre les hôpitaux du service public ou assimilés et les cliniques privées (Rapport de la CNAMTS du 8 juillet 2010,

« Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2011 »).

De ce fait, si les cliniques et structures privées SSR prennent en charge 33% des journées d'hospitalisation en France, elles ne bénéficient que de 23% des ressources de l'Assurance Maladie. A contrario, les établissements publics et/ou assimilés, pour 67% de cette même activité, se voient attribuer 77% des ces ressources.

Ainsi à « pathologie identique », dans le cadre d'un socle réglementaire commun et avec des intervenants qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires (seulement 15% des médecins libéraux), la prise en charge d'un patient dans une clinique privée de SSR coûte 32% moins cher que dans le secteur public.

Dans un contexte de réduction des déficits publics et d'objectivation des dépenses de l'assurance maladie, la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) au 1^{er} mars 2013 pour le financement des activités de SSR nécessite en conséquence d'être posée, intégrant le principe d'une harmonisation des tarifs entre les deux secteurs public et privé.

Fort de l'expérience de la mise en place de la T2A pour les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), la T2A SSR doit être financée à partir d'une enveloppe budgétaire commune et distribuée selon une échelle tarifaire unique. Telles sont les conditions pour mettre en œuvre une T2A SSR juste, égalitaire et non inflationniste, sans affecter la qualité de la prise en charge des patients.

La période transitoire à la mise en place de cette nouvelle tarification doit nécessairement intégrer la réalisation d'une évaluation des dispositifs de financement propre à chaque secteur, dont les résultats -qui donneront lieu à un rapport remis au Parlement- permettront d'amorcer la mise en œuvre de l'harmonisation tarifaire via l'initiation d'une fongibilité d'enveloppes DAF/OQN.

Projet de loi de financement
de la sécurité sociale
2012



AMENDEMENT N°10 PROPOSE PAR M. JEAN-MARIE ROLLAND

Article additionnel ^{après} ~~avant~~ l'article 35

L'article 70 de la loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 est complété comme suit :

« IV- A compter du 1er mars 2013, les activités mentionnées au 5° de l'article R6122-25 du code de la santé publique exercées par les établissements mentionnés à l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale sont financées sur la base de tarifs de prestations nationaux identiques pour les établissements de santé mentionnés respectivement aux a, b et c de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux d et e du même article.

A compter de cette même date, un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 5° de l'article R6122-25 du code de la santé publique est défini chaque année.

Dans cette perspective, et d'ici au 1er mars 2013, il est procédé à une évaluation de la part des financements attribués aux établissements de santé mentionnés respectivement aux a, b et c de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux d et e du même article au regard des missions assumées et des patients pris en charge. Cette évaluation fait l'objet d'un rapport remis au Parlement le 1er octobre 2012. »

Exposé des motifs

Le report annoncé de l'activation partielle de la tarification à l'activité (T2A) à 2013 pour les activités de soins de suite et réadaptation (SSR) accentue le décalage entre, la réglementation mise en œuvre en 2008 qui instaure un socle réglementaire commun, et le financement de ces activités qui est différencié selon le secteur d'hospitalisation.

En effet, les cliniques et structures privées SSR d'une part, et les hôpitaux publics et/ou assimilés d'autre part, sont respectivement financés sur la base de prix de journée, et d'une dotation annuelle de financement dont les déterminants sont déconnectés des charges qui incombent aux établissements depuis la mise en œuvre du socle réglementaire commun. En outre, la lourdeur de la prise en charge est relativement semblable dans les secteurs public et privé. En atteste la valeur moyenne de la journée en points IVA, qui est relativement proche entre les hôpitaux du service public ou assimilés et les cliniques privées (Rapport de la CNAMTS du 8 juillet 2010, « Propositions de l'assurance maladie sur les charges et produits pour l'année 2011 »).

De ce fait, si les cliniques et structures privées SSR prennent en charge 33% des journées d'hospitalisation en France, elles ne bénéficient que de 23% des ressources de l'Assurance Maladie. A contrario, les établissements publics et/ou assimilés, pour 67% de cette même activité, se voient attribuer 77% de ces ressources.

Ainsi à « pathologie identique », dans le cadre d'un socle réglementaire commun et avec des intervenants qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires (seulement 15% des médecins libéraux), la prise en charge d'un patient dans une clinique privée de SSR coute 32% moins cher que dans le secteur public.

Dans un contexte de réduction des déficits publics et d'objectivation des dépenses de l'assurance maladie, la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) au 1er mars 2013 pour le financement des activités de SSR nécessite en conséquence d'être posée, intégrant le principe d'une harmonisation des tarifs entre les deux secteurs public et privé.

Fort de l'expérience de la mise en place de la T2A pour les activités de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), la T2A SSR doit être financée à partir d'une enveloppe budgétaire commune et distribuée selon une échelle tarifaire unique. Telles sont les conditions pour mettre en œuvre une T2A SSR juste, égalitaire et non inflationniste, sans affecter la qualité de la prise en charge des patients.

La période transitoire à la mise en place de cette nouvelle tarification doit nécessairement intégrer la réalisation d'une évaluation des dispositifs de financement propre à chaque secteur, dont les résultats -qui donneront lieu à un rapport remis au Parlement- permettront d'amorcer la mise en œuvre de l'harmonisation tarifaire via l'initiation d'une fongibilité d'enveloppes DAF/OQN.