

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

XIII^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

Séances du vendredi 30 octobre 2009

Articles, amendements et annexes



**JOURNAUX
OFFICIELS**

SOMMAIRE

38^e séance

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010	3
---	---

39^e séance

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010	13
---	----

38^e séance

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (n° 1976)

Article 30

- ① I. – Le 6° du II de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ; ».
- ② II. – L'article L. 162-1-15 du même code est ainsi modifié :
- ③ 1° Au début du premier alinéa est insérée la référence : « I. – » ;
- ④ 2° Au troisième alinéa, après le mot : « journalières » sont insérés les mots : « ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de consultations effectuées », et l'alinéa est complété par les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie » ;
- ⑤ 3° Au quatrième alinéa, après les mots : « nombre de prescriptions de transports » sont insérés les mots : « ou d'un nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées », et l'alinéa est complété par les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie » ;
- ⑥ 4° Le cinquième alinéa est complété par les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie » ;
- ⑦ 5° Au sixième alinéa, après les mots : « produits ou prestations » sont insérés les mots : « ou d'un nombre de telles réalisations ou prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées », et la première phrase est complétée par les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie » ;
- ⑧ 6° Il est complété par un II et un III ainsi rédigés :
- ⑨ « II. – Le directeur peut également, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable prévue au I, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai. En cas de refus du médecin, le directeur poursuit la procédure prévue au I.

⑩ « III. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

⑪ III. – Le présent article s'applique aux faits postérieurs à la date de publication du décret pris conformément au III de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du présent article.

Amendement n° 384 présenté par Mme Billard, Mme Fraysse, M. Muzeau, M. Gremetz et les membres du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.

Supprimer cet article.

Amendement n° 351 présenté par M. Door.

Après l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« I. – *bis.* – À la première phrase du premier alinéa du V du même article, après le mot : « avis », est inséré le mot : « conforme ». ».

Amendement n° 361 présenté par M. Door.

Après l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« I *bis.* – Au sixième alinéa de l'article L. 162-1-14-1 du même code, après le mot : « avis », est inséré le mot : « conforme ». ».

Amendement n° 352 présenté par M. Door.

Compléter l'alinéa 3 par les mots : « et, au même alinéa, après le mot : « avis », est inséré le mot : « conforme ». ».

Amendement n° 27 présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

À l'alinéa 7, substituer aux mots : « produits ou prestations », les mots : « produit ou prestation ».

Amendement n° 366 présenté par M. Prétel, M. Jardé et M. Leteurre.

Après la première phrase de l'alinéa 9, insérer la phrase suivante :

« Cet objectif, porté à la connaissance des patients, doit être défini en fonction du pourcentage de prescriptions ou de réalisations injustifiées sur le plan médical ».

Après l'article 30

Amendement n° 215 présenté par M. Bur.

Après l'article 30, insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En revanche, elles ne s'appliquent pas aux contrats conformes à un contrat type soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

Amendement n° 110 présenté par M. Garrigue.

Après l'article 30, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 4131-7 du code de la santé publique, il est inséré l'article L. 4131-8 suivant :

« *Art. L. 4131-8.* – Dans le ressort de chaque caisse régionale d'assurance maladie une convention établie entre la caisse régionale et les syndicats de médecins détermine, compte tenu de la situation de la démographie médicale, pour chaque spécialité, et le cas échéant par secteur territorial, le nombre de praticiens auxquels les règles de conventionnement sont susceptibles de s'appliquer.

« Cette convention, établie pour une durée de 5 ans, devra être conclue avant le 31 décembre 2009. ».

Amendement n° 133 présenté par Mme Gallez et Mme Vasseur.

Après l'article 30, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 5121-21 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-22 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5121-22.* – Les conditionnements des médicaments se font par boîte de 32 ou 96 pour les maladies chroniques de longue durée. ».

Amendement n° 393 rectifié présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'article 30, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique, il est rétabli un article L. 6161-4 dans la rédaction suivante :

« *Art. L. 6161-4.* – Afin de remédier à une difficulté d'accès aux soins constatée par l'Agence régionale de santé, un établissement de santé ou un titulaire d'autorisation peut être assujéti, par son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1, à garantir, pour certaines disciplines ou spécialités et dans une limite fixée par décret, une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires, en dehors de ceux délivrés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et des situations d'urgence. L'établissement de santé ou le titulaire de l'autorisation modifie le cas échéant les contrats conclus pour l'exercice d'une profession médicale mentionnés au premier et deuxième alinéa de l'article L. 4113-9. Le refus par le praticien de réviser son contrat en constitue un motif de rupture sans faute. ».

Amendement n° 578 présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail et M. Morange.

Après l'article 30, insérer l'article suivant :

I. – L'article L. 161-36-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Chaque année, avant le 1^{er} juillet, les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le présent code, l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident transmettent des états statistiques à l'institut national des données de santé. Un arrêté du ministre chargé de la santé définit les éléments que doivent contenir ces états. »

2° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce rapport présente la répartition des dépenses de santé entre les régimes obligatoires d'assurance maladie, les assurés sociaux et les différentes catégories d'organismes d'assurance maladie complémentaires représentées au conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires. »

II. – Les dispositions du I entrent en vigueur à la date de parution de l'arrêté mentionné au dit I et, au plus tard, six mois après l'entrée en vigueur de la présente loi.

Amendement n° 367 présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'article 30, insérer l'article suivant :

Le I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un secteur optionnel est créé. Un décret en Conseil d'État en précisera les modalités. ».

Amendement n° 561 présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'article 30, insérer l'article suivant :

Le I de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de l'article 36 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est supprimé.

Amendement n° 369 présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'article 30, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-31-1 ainsi rédigé :

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

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

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

Amendement n° 380 rectifié présenté par M. Tian et M. Malherbe.

Après l'article 30, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 321-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 321-1-1.* – L'assuré social bénéficiant de l'octroi d'indemnités mentionnées au 5° de l'article L. 321-1 peut poursuivre l'exécution de son contrat de travail par télétravail lorsque, d'une part, il en a fait la demande expresse à son employeur et que ce dernier a donné son accord écrit et que, d'autre part, le médecin du travail, ou à défaut le médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie, a donné son accord.

« Une partie du montant des indemnités versées à l'assuré social pendant sa période de télétravail est remboursée par l'employeur à la caisse primaire d'assurance maladie, selon des modalités définies par décret. ».

Amendement n° 200 présenté par M. Bur.

Après l'article 30, insérer l'article suivant :

L'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sauf en cas d'accident ou d'hospitalisation, le délai mentionné au premier alinéa est précédé d'une journée qui ne donne pas lieu au versement de l'indemnité journalière prévue au 5° de l'article L. 321-1. Les dispositions du présent alinéa sont d'ordre public. »

Article 31

- ① I. – La section 2 du chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 322-5-5 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 322-5-5.* – Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.
- ③ « Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1, elle peut proposer de conclure, avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.
- ④ « Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

- ⑤ « 1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;
- ⑥ « 2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports.
- ⑦ « En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.
- ⑧ « Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.
- ⑨ « Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.
- ⑩ « Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article. »
- ⑪ II. – L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (n° 2007-1786 du 19 décembre 2007) est remplacé par les dispositions suivantes :
- ⑫ « *Art. 64.* – De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1^{er} janvier 2010 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sous la responsabilité des établissements de santé qui en font le choix.
- ⑬ « Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficaces en facilitant la mise en place de transports partagés, notamment en recourant à des véhicules sanitaires légers ou des transports de patients à mobilité réduite.
- ⑭ « Les établissements de santé et les transporteurs sanitaires signent une convention créant des centres de régulation, chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état de santé. Les entreprises de transports membres du centre de régulation doivent respecter la prescription médicalisée de transports.
- ⑮ « Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale, la dispense d'avance des frais pour l'assuré est supprimée s'il refuse la proposition de transport qui lui est faite.
- ⑯ « Dans un délai de six mois suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (n° du), les agences régionales de santé fixent la liste des établissements de santé entrant dans le champ de cette expérimentation.
- ⑰ « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation.

18 « Ces expérimentations font l'objet d'une évaluation annuelle et, à leur terme, d'un rapport transmis au Parlement. »

19 III. – Jusqu'à la date prévue au I de l'article 131 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les compétences attribuées par le présent article aux agences régionales de santé sont exercées par les missions régionales de santé.

Amendement n° 30 présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

À l'alinéa 18, après le mot : « rapport », insérer les mots : « du Gouvernement ».

Après l'article 31

Amendement n° 32 présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Après l'article 31, insérer l'article suivant :

Le deuxième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant de l'article 118 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

Amendement n° 406 présenté par Mme Fraysse, Mme Billard, M. Muzeau, M. Gremetz et les membres du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.

Après l'article 31, insérer l'article suivant :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Leurs efforts s'articulent autour des objectifs arrêtés par la loi de santé publique et des référentiels définis par la Haute Autorité de santé. ».

Amendement n° 405 présenté par Mme Fraysse, Mme Billard, M. Muzeau, M. Gremetz et les membres du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.

Après l'article 31, insérer l'article suivant :

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

« Les caisses d'assurance-maladie inscrivent à l'ordre du jour de l'organisme paritaire national prévu par l'accord national des centres de santé l'application à ces centres de l'ensemble des dispositions conventionnelles qu'elles concluent avec les différentes catégories de professionnels libéraux dans un délai de trois mois après leur signature. Sauf opposition d'une des parties, ces dispositions conventionnelles deviennent applicables aux centres de santé et sont formalisées dans un avenant à l'accord national des centres de santé. »

Amendement n° 31 présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail et M. Préel.

Après l'article 31, insérer l'article suivant :

À titre expérimental, à compter du 1^{er} juillet 2010 et pour une période de deux ans, des agences régionales de santé peuvent autoriser l'exercice d'activités d'anesthésie et de chirurgie hors des établissements de santé.

Un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute autorité de santé fixe les modalités d'application du présent article.

Amendement n° 92 rectifié présenté par Mme Montchamp, rapporteure au nom de la commission des finances saisie pour avis.

Après l'article 31, insérer l'article suivant :

Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de médicaments et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé.

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de médicaments occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux, elle peut proposer de conclure, avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments, d'une durée de trois ans.

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses de médicament fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de médicament.

En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicament qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicament qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article.

Article 32

- ① I. – Au VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), l'année : « 2012 » est systématiquement remplacée par l'année : « 2018 ».
- ② II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ③ 1° Après le 6° de l'article L. 174-1-1 est inséré un 7° ainsi rédigé :
- ④ « 7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application de dispositions communautaires ou d'un accord conclu entre la France et l'État concerné, ou en application d'un accord particulier conclu par la France soit dans le cadre de dispositions communautaires, soit dans le cadre d'un accord conclu avec cet État. » ;
- ⑤ 2° Après l'article L. 174-1-1 est inséré un article L. 174-2-2 ainsi rédigé :
- ⑥ « *Art. L. 174-2-2.* – Une caisse primaire d'assurance maladie désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut verser à l'hôpital mentionné au 7° de l'article L. 174-1-1, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les sommes dues au titre des soins dispensés à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application des accords mentionnés à ce 7°.
- ⑦ « Les sommes versées sont réparties entre les régimes selon les modalités prévues à l'article L. 174-2. »

Amendement n° 33 présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, M. Jeanneteau, M. Bur et M. Jacquat.

Avant l'alinéa 1, insérer les cinq alinéas suivants :

« I A. – Le VI de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement pour la sécurité sociale pour 2004 est ainsi rédigé :

« VI. – Les dispositions du I, à l'exclusion du quatrième alinéa, celles du II, du V, à l'exception du G, et du VII du présent article sont applicables aux établissements de santé de Guyane mentionnés aux a et b de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, selon des modalités et un calendrier fixés par décret, et sous les réserves suivantes :

« 1° À l'alinéa 2 du B du V, l'année : « 2008 » est remplacée par l'année : « 2010 » ;

« 2° À l'alinéa 3 du C et au D du V, l'année : « 2012 » est remplacée par les mots : « une date fixée par décret ».

« Ces dispositions entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2010. ».

Amendement n° 230 présenté par Mme Marisol Touraine, M. Issindou, Mme Lemorton, M. Mallot, Mme Génisson, M. Bapt, M. Gille, Mme Hoffman-Rispal, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Pinville, Mme Clergeau, M. Roy, Mme Carrillon-Couvreur, M. Liebgott, Mme Delaunay, M. Christian Paul, Mme Iborra, M. Renucci, Mme Langlade, M. Hutin, Mme Orliac, M. Bacquet, M. Lebreton, M. Jean-Claude Leroy et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

Rédiger ainsi l'alinéa 1 :

« I. – 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. ».

Amendement n° 36 présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

I. – Compléter l'alinéa 1 par les mots : « , à la dernière phrase du premier alinéa, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « juin » et le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « 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. ».

II. – En conséquence, après l'alinéa 2, insérer l'alinéa suivant :

« 1° A À la première phrase du premier alinéa du V. de l'article L. 162-22-10, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « juin ».

Sous-amendement n° 597 présenté par le Gouvernement.

I. – À la première phrase de l'alinéa 2, substituer au mot : « juin » le mot : « septembre ».

II. – En conséquence, procéder à la même substitution à l'alinéa 4.

Amendement n° 374 présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« I. – *bis* – Après la première phrase du premier alinéa du VII du même article, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Cette mesure tient, notamment, compte des écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et fiscales supportées par les catégories d'établissements visés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. ».

Amendement n° 440 présenté par M. Tian.

Après l'alinéa 1, insérer les deux alinéas suivants :

« I *bis*. – Le dernier alinéa du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À compter du 1^{er} mars 2010 et afin de faciliter le processus de convergence, une liste de tarifs de prestations est arrêtée avec des valeurs identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale afin de permettre une économie d'un montant minimum de 150 millions d'euros annuels. »

Amendement n° 439 présenté par M. Tian.

Après l'alinéa 1, insérer les deux alinéas suivants :

« I *bis*. – Le premier alinéa du VII du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À compter du 1^{er} mars 2011 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 L. 162-22-6 fondée sur une étude nationale de coûts ».

Amendement n° 495 présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'alinéa 1, insérer les deux alinéas suivants :

« I. – *bis* – Le dernier alinéa du VII du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Un programme précisant la méthode et les étapes permettant de réaliser la convergence intersectorielle des tarifs avant la date fixée au premier alinéa du présent VII est remis au Parlement avant le 1^{er} mars 2010. » »

Amendement n° 402 présenté par M. Tian et M. Malherbe.

Après l'alinéa 2, insérer les deux alinéas suivants :

« 1^oA Le 1^o du I de l'article L. 162-22-10 est ainsi rédigé :

« 1^o Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui 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) de l'article L. 162-22-6, pour les prestations rémunérant les moyens médicaux et les services médico-techniques mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ; ».

Amendements identiques :

Amendements n° 35 présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et M. Tian et **n° 428** présenté par M. Tian.

Après l'alinéa 2, insérer les deux alinéas suivants :

« 1^o A Après le 3^o du I de l'article L. 162-22-10, est inséré un 4^o ainsi rédigé :

« 4^o Le cas échéant, les coefficients d'aménagement du territoire s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, afin de tenir compte des situations qui affectent certains établissements et de leur permettre d'améliorer leur capacité d'attractivité des personnels en raison de leur isolement géographique. »

Amendements identiques :

Amendements n° 426 présenté par M. Tian et M. Pinte et **n° 493** présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'alinéa 2, insérer les trois alinéas suivants :

« 1^oA Après le 3^o du I de l'article L. 162-22-10, il est inséré un 4^o ainsi rédigé :

« 4^o Un coefficient correcteur, s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés aux 1^o et 2^o du I du présent article, correspondant aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. » ;

« 1^oB En conséquence, à la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, la référence : « 3^o » est remplacée par la référence : « 4^o ».

Amendement n° 34 présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, M. Jeanneteau, M. Bur, M. Jacquat et Mme Vasseur.

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

« 1^o A À la fin du dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, la référence : « II » est remplacée par la référence : « II *bis* » ».

Amendement n° 37 présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

À l'alinéa 5, substituer à la référence : « L. 174-1-1 », la référence : « L. 174-2-1 ».

Amendement n° 145 rectifié présenté par M. Domergue.

Compléter cet article par les trois alinéas suivants :

« III. – L'article L. 6161-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1^o La première phrase est complétée par les mots : « , ainsi qu'à la Cour des comptes ».

« 2^o À la deuxième phrase, après le mot : « hospitalisation », sont insérés les mots : « ainsi qu'à la Cour des comptes ».

Après l'article 32

Amendement n° 227 rectifié présenté par Mme Marisol Touraine, M. Issindou, Mme Lemorton, M. Mallot, Mme Génisson, M. Bapt, M. Gille, Mme Hoffman-Rispal, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Pinville, Mme Clergeau, M. Roy, Mme Carrillon-Couvreur, M. Liebgott, Mme Delaunay, M. Christian Paul, Mme Iborra, M. Renucci, Mme Langlade, M. Hutin, Mme Orliac, M. Bacquet, M. Lebreton, M. Jean-Claude Leroy et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Nonobstant les dispositions de l'article L. 4127-1, les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. Le site informatique de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est tenu de publier les mêmes informations. ».

Amendement n° 211 rectifié présenté par M. Bur.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Nonobstant les dispositions de l'article L. 4127-1, les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter les informations transmises par les gestionnaires des régimes obligatoires de base d'assurance maladie à leurs assurés sociaux en application de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale sur les tarifs et honoraires des professionnels qui exercent dans ces établissements. Une convention entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives des établissements de santé précise les conditions dans lesquelles les régimes fournissent les informations aux établissements. »

Amendement n° 22 rectifié présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Nonobstant les dispositions de l'article L. 4127-1, les sites informatiques des établissements de santé peuvent comporter des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. À leur demande, le site informatique de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés publie les mêmes informations. ».

Sous-amendement n° 599 présenté par M. Bur.

Supprimer la dernière phrase de l'alinéa 2.

Amendement n° 371 rectifié présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

Après le cinquième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements de santé qui 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, 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. ».

Amendements identiques :

Amendements n° 441 présenté par M. Tian et M. Pinte et **n° 537** présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

L'article L. 6133-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

I. – Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Lorsqu'il est titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est un établissement de santé avec les droits et obligations afférents. Ce groupement poursuit un but non lucratif. Le groupement de coopération sanitaire de droit privé est érigé en établissement de santé privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements de santé privés. Le groupement de coopération sanitaire de droit public est érigé en établissement public de santé, lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements publics de santé.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins est exclusivement composé d'établissements publics de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent, sous les réserves suivantes : ».

II. – Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un rapport est remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2010, pour évaluer les différentes modalités et règles à déterminer pour le fonctionnement et la gouvernance lorsqu'un même groupement de coopération sanitaire titulaire d'une ou plusieurs autorisations d'activités de soins est constitué d'un ou plusieurs établissements de santé privés, d'une part, et d'un ou plusieurs établissements publics de santé, d'autre part. ».

Amendements identiques :

Amendements n° 38 présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, M. Préel, M. Bur et M. Leonetti et **n° 111** présenté par M. Garrigue et **n° 153** présenté par M. Debré et **n° 517** présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 6145-17 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6145-18 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6145-18.* – Lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat de l'activité principale, le directeur peut décider, après concertation avec le directoire, de répartir tout ou partie de cet excédent aux personnels de l'établissement. Le montant global des primes d'intéressement distribuées aux bénéficiaires ne peut dépasser 10 % du montant total des salaires bruts. ».

Amendement n° 442 présenté par M. Tian.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

À la fin du quatrième alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, les mots : « publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif » sont supprimés.

Amendement n° 178 rectifié présenté par Mme Antier.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

Après le 1° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Répartir à égalité dans les trois secteurs des plateaux techniques concernés, la responsabilité de l'évaluation des dispositifs médicaux pour ses recommandations. » »

Amendement n° 340 rectifié présenté par M. Préel, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-21-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-21-4.* – 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 L. 162-22-1 et L. 162-22-6, l'État 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 prévus à l'article L. 6113-12 du code de la santé publique.

« 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 pourra déterminer 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'État. »

Amendement n° 462 présenté par M. Tian.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-21-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-21-4.* – 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 L. 162-22-1 et L. 162-22-6, l'État et l'Union nationale des caisses d'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 prévus à l'article L. 6113-12 du code de la santé publique ;

« 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 pourra déterminer 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'État. »

Amendements identiques :

Amendements n° 40 présenté par M. Door, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales, pour l'assurance maladie et les accidents du travail, M. Prével, M. Leteurre et M. Tian et **n° 516** présenté par M. Prével, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-1, les mots : « et de soins de suite ou de réadaptation respectivement mentionnées aux a et b du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « d'une part et pour les activités de soins de suite et de réadaptation d'autre part ».

II. – Le début de la première phrase de l'article L. 162-22-2 est ainsi rédigé :

« I. – Chaque année sont définis un objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et un objectif quantifié national relatif aux activités de soins de suite et de réadaptation exercées... (*le reste sans changement*) ».

Amendements identiques :

Amendements n° 463 présenté par M. Tian et **n° 497** présenté par M. Prével, M. Jardé et M. Leteurre.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

Le II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II. – Un décret en Conseil d'État, 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. »

Amendement n° 233 présenté par Mme Marisol Touraine, M. Issindou, Mme Lemorton, M. Mallot, Mme Génisson, M. Bapt, M. Gille, Mme Hoffman-Rispal, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Pinville, Mme Clergeau, M. Roy, Mme Carrillon-Couvreur, M. Liebgott, Mme Delaunay, M. Christian Paul, Mme Iborra, M. Renucci, Mme Langlade, M. Hutin, Mme Orliac, M. Bacquet, M. Lebreton, M. Jean-Claude Leroy et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

Après le e) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa, l'alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements privés autres que les établissements de santé privé d'intérêt collectif, les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux. ».

Amendement n° 404 présenté par Mme Fraysse, Mme Billard, M. Muzeau, M. Gremetz et les membres du groupe de la Gauche démocrate et républicaine.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

Après le e) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les établissements privés mentionnés au d) et au e), les tarifs intègrent les honoraires des médecins libéraux qui y exercent. »

Amendement n° 256 rectifié présenté par Mme Génisson, Mme Marisol Touraine, M. Issindou, M. Mallot, M. Bapt, Mme Lemorton, M. Gille, Mme Hoffman-Rispal, M. Jean-Marie Le Guen, Mme Pinville, Mme Clergeau, M. Roy, Mme Carrillon-Couvreur, M. Liebgott, Mme Delaunay, M. Christian Paul, Mme Iborra, M. Renucci, Mme Langlade, M. Hutin, Mme Orliac, M. Bacquet, M. Lebreton, M. Jean-Claude Leroy et les membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

Après l'article 32, insérer l'article suivant :

Le II bis de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle tient compte pour chaque région des indicateurs de santé publique et du niveau de recours aux soins de la population. ».

