



N° 3129

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2015.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2016*,

TOME II

ASSURANCE MALADIE

PAR MME MICHÈLE DELAUNAY,

Députée.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 3106.

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **1^{er}, 2, 5, 7 à 15, 17 à 20, 25 à 30 et 57 à 61** figurent dans le rapport de M. Gérard Bapt, sur les recettes et l'équilibre général (n° 3129, tome I).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **3, 4, 6, 16, 21 à 24, 39 à 45, 48 à 55** figurent dans le rapport de Mme Michèle Delaunay, sur l'assurance maladie (n° 3129, tome II).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **46 et 47** figurent dans le rapport de Mme Joëlle Huillier, sur le secteur médico-social (n° 3129, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **35, 36 et 56** figurent dans le rapport de M. Michel Issindou, sur l'assurance vieillesse (n° 3129, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **37 et 38** figurent dans le rapport de M. Denis Jacquat, sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (n° 3129, tome V).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **31 à 34** figurent dans le rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau, sur la famille (n° 3129, tome VI).

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
TRAVAUX DE LA COMMISSION	15
EXAMEN DES ARTICLES RELATIFS À L'ASSURANCE MALADIE	15
DEUXIÈME PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015	15
<i>Article 3</i> (art. 74 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015) : Rectification de la dotation au FMESPP et à l'ONIAM....	15
<i>Article 4</i> (art. L. 138-10, L. 138-11, L. 138-13 à L. 138-15, L. 138-19-1, L. 138-19-2, L. 138-19-4, L. 138-19-5 du code de la sécurité sociale) : Ajustement des mécanismes de la clause de sauvegarde et de la contribution due au titre des médicaments traitant l'hépatite C	18
<i>Article 6</i> : Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2015.....	27
<i>Après l'article 6</i>	30
TROISIÈME PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2016	31
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE	31
Chapitre III – Dispositions relatives aux recettes et à la trésorerie des organismes de sécurité sociale.....	31
<i>Article 16</i> : Prélèvement au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.....	31
Chapitre V – Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie.....	35
<i>Article 21</i> (art. L. 864-1, L. 864-2, L. 865-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) : Amélioration de la couverture complémentaire santé pour les personnes de plus de 65 ans.....	35

<i>Article 22</i> (art. L. 242-1, L. 911-7 et L. 911-17-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale, art. 1 ^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi) : Adaptation de la généralisation de la couverture complémentaire en matière de frais de santé pour les contrats courts et les temps très partiels.....	42
<i>Article additionnel après l'article 22</i> : Rapport sur la complémentaire santé des salariés de particuliers employeurs.....	51
<i>Article 23</i> (art. 4 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014) : Prorogation d'un an de la contribution des organismes assurant la couverture complémentaire en santé prévue à l'avenant n° 8 de la convention médicale.....	52
<i>Après l'article 23</i>	54
<i>Article 24</i> (art. L. 138-10, L. 138-12, L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale) : Régulation des dépenses au titre de la clause de sauvegarde (taux L) et des médicaments traitant l'hépatite C (montant W) pour 2016	55
QUATRIÈME PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2016	58
TITRE IV – DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE	58
Chapitre I^{er} – Amélioration de l'accès aux droits	58
<i>Article 39</i> (art. L. 111-1, L. 111-2-1, L. 111-2-2, L. 112-2-3 [nouveau], L. 114-10, L. 114-10-1 à L. 114-10-3 [nouveaux], L. 114-12, L. 114-12-1, L. 114-12-4 [nouveau], L. 114-17-1 [nouveau], L. 115-7, L. 131-9, L. 160-1 à L. 160-17 [nouveaux], L. 161-1, L. 161-2, L. 161-2-1, L. 161-3, L. 161-5, L. 161-7, L. 161-8, L. 161-9, L. 161-9-3, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-15, L. 161-15-1, L. 161-25-2, L. 161-25-3, L. 162-1-14, L. 162-1-18, L. 172-1 A, L. 182-2, L. 200-1, L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6, L. 211-7, L. 213-1, L. 241-10, L. 241-11, L. 241-1, L. 242-3, L. 242-4-3, L. 252-1, L. 311-1, L. 311-5, L. 311-5-1, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-1, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5, L. 321-1, L. 321-2, L. 322-1, L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4, L. 322-7, L. 322-8, L. 331-2, L. 332-1, L. 332-3, L. 371-1, L. 371-2, L. 371-3, L. 371-6, L. 380-3, L. 381-3, L. 381-7, L. 381-9, L. 381-10, L. 381-11, L. 381-19, L. 381-20, L. 381-21, L. 381-22, L. 381-26, L. 381-27, L. 381-28, L. 381-30, L. 381-30-1, L. 381-30-2, L. 381-30-5, L. 381-3, L. 381-14-1, L. 382-3, L. 382-14-1, L. 382-21, L. 432-1, L. 453-1, L. 512-1, L. 611-12, L. 611-20, L. 611-21, L. 611-22, L. 613-1, L. 613-3, L. 613-4, L. 613-7, L. 613-10, L. 613-14, L. 712-6, L. 712-7, L. 712-8, L. 713-1-1, L. 713-9, L. 713-10, L. 713-16, L. 861-1, L. 861-2, L. 861 3, L. 861-5, L. 871-1, du code de la sécurité sociale, L. 722-10, L. 722-11, L. 742-3, L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime, L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, L. 111-1 du code de la mutualité) : Création d'un régime universel d'assurance maladie	58
<i>Article 40</i> (art. L. 169-1 à L. 169-14 [nouveaux] du code de la sécurité sociale, L. 1226-1 du code du travail, 21-3 à 21-11 [nouveaux] de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte) : Amélioration de la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme	93
<i>Article 41</i> (art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale et L. 5134-1 du code de la santé publique) : Confidentialité et gratuité des actes et consultations dans le cadre de la contraception des mineures.....	100

<i>Article additionnel après l'article 41</i> (article L. 613-20 du code de la sécurité sociale) : Temps partiel thérapeutique pour les travailleurs indépendants.....	102
Chapitre II – Promotion de la prévention et les parcours de prise en charge coordonnée.....	103
<i>Article 42</i> (art. L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale) : Contrats de coopération pour les soins visuels.....	103
<i>Article 43</i> : Expérimentation relative à la prévention du risque d'obésité	110
<i>Article 44</i> (art. L. 162-5-14 du code de sécurité sociale, art. L. 1435-5 du code de la santé publique et article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007) : Pérennisation de l'expérimentation conduite par l'agence régionale de santé Pays de la Loire relative à la permanence des soins ambulatoires.....	114
<i>Article additionnel après l'article 44</i> : Expérimentation de la prise en charge des certificats de décès dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.....	117
<i>Article 45</i> (art L. 4011-2-3 du code de la santé publique, art L. 161-37, L. 162-1-7-1, art L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale) : Pérennisation du financement des actes prévus dans les protocoles de coopération	119
<i>Après l'article 45</i>	126
Chapitre III – Poursuite de la réforme du financement des établissements.....	131
<i>Article 48</i> (art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) : Report de la réforme de la participation financière de l'assuré aux frais d'hospitalisation	131
<i>Après l'article 48</i>	136
<i>Article 49</i> (art. L. 133-4, art. L. 138-10, art. L 162-1-14-2, art. L 162-5-17, L. 162-16-6, art. L. 162-17-5, L. 162-22, L. 162-22-17, L. 162-22-18, L. 162-22-19, L. 162-22-20, L.162-23 [nouveau], L. 162-23-1 [nouveau], L. 162-23-2 [nouveau], L. 162-23-3 [nouveau], L. 162-23-4 [nouveau], L. 162-23-5 [nouveau], L. 162-23-6 [nouveau], L. 162-23-7 [nouveau], L. 162-23-8 [nouveau], L. 162-23-9 [nouveau], L. 162-23-10 [nouveau], L. 162-23-11 [nouveau], L. 162-23-12 [nouveau], L. 162-23-13 [nouveau], L. 162-23-14 [nouveau], L. 162-23-15 [nouveau], L. 162-26 ; L. 162-27, L. 174-2-1, L. 174-15 et L. 753-4 du code de la sécurité sociale ; article L. 6145-1 et L. 6145-4 du code de la santé publique) : Réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation	138
<i>Après l'article 49</i>	177
<i>Article additionnel après l'article 49</i> : Rapport sur le développement et la valorisation des consultations disciplinaires.....	183
<i>Article additionnel après l'article 49</i> : Rapport sur la prise en charge des pathologies cancéreuses	184
<i>Article 50</i> (art. L. 162-1-17, L. 162-22-7, L. 162-30-2, L. 162-30-3, L. 162-30-4 et L. 322-5-5 du code de sécurité sociale) : Simplification des dispositifs contractuels entre les établissements de santé et les agences régionales de santé.....	184
<i>Article additionnel après l'article 50</i> (art. L. 322-5 du code de la sécurité sociale) : Pertinence des prescriptions de transports sanitaires	195
<i>Après l'article 50</i>	195
<i>Article 51</i> (art. L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6113-11, L. 6113-12 et L. 6111-13 du code de la santé publique) : Étude nationale des coûts.....	196

Chapitre IV – Autres mesures et objectifs financiers.....	203
<i>Article 52</i> (art. L. 162-1-4-1 et L. 612-3 du code de sécurité sociale) : Réforme des cotisations des professionnels de santé affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés	203
<i>Article 53</i> : Fixation des dotations au FMESPP, l'ONIAM, l'EPRUS, et de la contribution de la CNSA aux ARS pour l'année 2016	209
<i>Article 54</i> : Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2016	215
<i>Article 55</i> : ONDAM et sous-ONDAM pour 2016.....	218
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	225

INTRODUCTION

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 poursuit le progressif redressement des comptes de la branche maladie. Le déficit prévisionnel, évalué à 6,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base doit être examiné dans cette perspective.

Le niveau du déficit doit être mis en regard du montant de l'objectif de dépenses de la branche maladie (201,1 milliards d'euros environ). De plus, la trajectoire pluriannuelle de retour à l'équilibre est maintenue comme l'illustre le taux d'évolution « *historiquement contraignant* » de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé à 1,75 % contre 2 % en 2015, et 2,5 % en 2014. Cette progression doit être elle-même rapportée au niveau d'inflation. En 2014, la progression réelle de l'ONDAM a été de 1,9 % si l'on en défalque le niveau d'inflation (0,5 %). Pour 2016, une étape encore supérieure est nécessaire, le taux prévisionnel d'inflation étant fixé à 1 %. Cette comparaison, quoique sommaire, rend compte de l'effort nécessaire pour contenir la progression en volume de l'ONDAM. Dans le même ordre d'idée, il convient de rapporter le taux d'évolution prévisionnel à l'évolution tendancielle de l'ONDAM : en l'absence de mesures correctrices, l'ONDAM progresserait de 3,6 %, en raison notamment du dynamisme des dépenses de soins de ville, estimées à 4,4 % en tendanciel. En conséquence, l'année 2016 se caractérisera par un pilotage extrêmement serré des dépenses pour rester dans le cadre fixé par la loi.

Toutes ces raisons justifient des mesures de maîtrise des dépenses pour contenir l'ONDAM. Les efforts d'économies envisagés pour l'année 2016 se déclinent en quatre volets.

Le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière, en premier lieu, devrait permettre de dégager 0,7 milliard d'euros.

Le virage ambulatoire ensuite : 0,5 milliard d'euros d'économies sont attendues du développement de l'hospitalisation à domicile, de l'amélioration de la prise en charge en sortie d'établissement ou encore de l'optimisation du parcours pour certaines pathologies.

Troisième volet de la stratégie gouvernementale, la maîtrise des dépenses en matière de produits de santé constitue, pour la quatrième année consécutive, un vecteur significatif d'économies, avec un milliard d'euros d'économies envisagées en 2016.

Le quatrième et dernier volet, enfin, a trait à la pertinence de notre système de soins, dans toutes ses composantes. La réduction des actes inutiles ou redondants, la maîtrise du volume de prescription des médicaments et la simplification de la prise en charge des cotisations des professionnels de santé généreront une moindre dépense de l'ordre de 1,2 milliard d'euros.

Le déficit prévisionnel doit également être mis en perspective avec les inflexions engagées avec constance depuis 2012. En effet, l'objectif de redressement des comptes n'a pas fait obstacle à la réalisation des engagements de notre majorité.

1. L'irrésistible marche vers l'assurance maladie universelle

Ce projet de loi de financement apporte une pierre supplémentaire à l'édification d'une assurance maladie universelle avec l'instauration par son article 39 de la protection maladie universelle.

La rapporteure se félicite qu'à l'occasion des 70 ans de la sécurité sociale, le Gouvernement entreprenne de rendre effective la prise en charge des frais de santé de nos concitoyens, quel que soit leur statut – salariés, étudiants, sans emploi – dès lors qu'ils résident sur notre territoire de manière stable et régulière. Il n'est en effet pas normal de constater qu'en 2015, dans notre pays, certains perdent momentanément leurs droits à la protection maladie parce que les démarches en cas de changement de régime sont complexes, redondantes, et qu'elles n'ont d'autre visée que de vérifier à quel titre un assuré a droit à l'assurance maladie, alors même qu'en vertu de la couverture maladie universelle, il a nécessairement droit à la prise en charge de ses frais de santé dès lors qu'il réside sur le territoire français.

S'inscrivant dans cette logique d'universalisation de la protection maladie, la suppression progressive du statut d'ayant droit parachève l'ambition – laquelle avait présidé en son temps à la création de la couverture maladie universelle (CMU) – de donner à chaque citoyen un droit individuel à la prise en charge de ses frais de santé par l'assurance maladie.

Ces mesures bienvenues se caractérisent par une certaine cohérence. Elles s'inscrivent en effet dans une démarche d'accès effectif aux soins engagée depuis le début de la législature.

Cette démarche se concrétise ainsi par l'extension des filets de sécurité visant à éviter les dramatiques effets des renoncements aux soins. L'exclusion sociale se nourrit de celle de notre système de santé.

En matière de complémentaire santé, la réforme de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) procède de cette approche. Depuis le 1^{er} juillet 2015, les bénéficiaires de l'ACS qui ont souscrit un contrat sélectionné bénéficient du tiers payant intégral et de l'exonération du paiement des participations forfaitaires et des franchises. Il s'agit d'un droit nouveau, dont disposaient déjà les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c). Il s'agit tout autant de la préfiguration de la généralisation du tiers payant portée sur les fonds baptismaux par le projet de loi de modernisation de notre système de santé, actuellement en navette entre les deux assemblées parlementaires.

Garantir à nos concitoyens la prise en charge de leurs frais de santé implique parallèlement de se prémunir contre les disparités d'accès aux soins qui existent entre les générations, voire au sein d'une même génération. L'instauration, à l'article 21, d'une procédure de sélection d'offres de qualité et à un prix soutenable à destination des personnes d'au moins 65 ans supportant un reste à charge très élevé est paradigmatique de ce souci de ne laisser aucune frange de la population à l'écart de notre système de protection sociale. Dans le même ordre d'idées, la création à l'article 22 d'un « chèque santé » ayant vocation, pour les salariés en contrat précaire, à se substituer à l'aide de l'employeur pour le financement d'une complémentaire santé, répond à la nécessité de trouver les bons outils pour que l'accès aux soins de tous ne soit pas un vain mot.

La démarche d'accès effectif aux soins se caractérise également par la maîtrise du reste à charge. Le dernier rapport de la DREES met ainsi en lumière la diminution progressive de la part des dépenses de santé supportée par les ménages : le reste à charge, qui représentait 9,1 % des dépenses de santé en 2011, a diminué de 0,7 point en trois ans pour atteindre 8,4 % en 2014. La maîtrise des dépassements d'honoraires produit aujourd'hui des effets et permet de contenir l'enveloppe des dépenses de santé sans en transférer la charge sur les patients. Plus que la franchise ou la participation forfaitaire, la lutte contre les dépassements d'honoraires constitue un levier pertinent du contrôle des dépenses.

Un peu plus de 11 000 médecins⁽¹⁾ ont ainsi signé le contrat d'accès aux soins. Mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale, ce contrat constitue un outil de régulation des pratiques tarifaires excessives. Le contrat d'accès aux soins permet aux médecins du secteur 2 de modérer leur pratique tarifaire tout en améliorant la prise en charge des patients. Il augmente le niveau de remboursement des patients qui consultent un médecin de secteur 2 ayant adhéré au contrat dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Il permet aussi de développer l'activité à tarif opposable du médecin.

Le PLFSS pour 2016 poursuit cette trajectoire au travers de la réforme du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) portée par l'article 52. L'alignement progressif du taux de cotisation des adhérents au régime des PAMC sur celui du RSI, de 9,8 % à 6,5 %, est équilibré par la constitution d'une contribution portant sur les revenus ne relevant pas du champ conventionnel (3,25 %). Loin de constituer une technique de compensation, cette mesure revêt un caractère éminemment symbolique. Elle reste neutre pour les praticiens pratiquant le dépassement d'honoraires puisque le taux global de prélèvement restera inchangé (9,75 % comprenant la cotisation de 6,5 % et la contribution de 3,25 %). Mais elle n'en constitue pas moins une mesure qui complétera utilement la palette des outils de « désincitation » aux dépassements d'honoraires.

(1) Selon les derniers chiffres transmis par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, 11 328 contrats ont été signés.

Le projet de loi tient également compte de la dimension territoriale de l'accès aux soins. Le pacte territoire santé comporte parmi ses dispositifs de lutte contre les déserts médicaux la création d'un statut de praticien territorial de médecine générale (PTMG). Cette mesure, concrétisée par la LFSS pour 2014, a enfanté un dispositif analogue, le statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) pour soutenir l'installation pérenne de médecins dans des zones de montagne.

L'organisation de l'offre de soins est aujourd'hui complétée par la pérennisation d'une expérimentation actuellement menée par l'agence régionale de santé des Pays de la Loire. La rapporteure s'en félicite d'autant plus que cette disposition fait suite à une recommandation du rapport de la mission d'information de la Présidente de notre Commission, Mme Lemorton, et de M. Door portant sur la permanence des soins ambulatoires ⁽¹⁾ (PDSA).

Le bilan de l'expérimentation est significatif à maints égards. Avec le concours des médecins, groupés en associations départementales d'organisation de la permanence des soins, le dispositif territorial a d'abord été rationalisé pour s'adapter aux besoins locaux. Parallèlement, le système a été organisé en vue d'augmenter la part des actes ayant fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique. Pierre angulaire de la PDSA, la régulation médicale ne couvre aujourd'hui que 60 % des actes effectués au sein des tranches horaires concernées. Dans les pays de la Loire, ce taux a atteint les 90 % ! Surtout, le bilan a permis d'optimiser l'enveloppe financière allouée à la PDSA. À périmètre équivalent, le coût moyen par habitant s'élève à 4,43 euros, actes compris, contre une moyenne nationale de 6,05 euros par habitant.

2. La pertinence du modèle de financement et d'activité des établissements de santé

S'agissant des établissements de santé, le PLFSS se caractérise par une certaine constance des engagements de la majorité envers les établissements de santé qu'il s'agisse du modèle de financement, du désormais fameux « virage ambulatoire » ou de la nécessaire modernisation.

Il est inutile de revenir sur les effets pervers induits par la tarification de l'activité dans le champ de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Il suffit de se reporter aux travaux des précédents et éminents titulaires de la fonction de rapporteur pour l'assurance maladie. L'optimisation de la prise en charge des patients a pu se traduire par une dégradation de la qualité des soins. Plusieurs correctifs ont ainsi été adoptés au cours de cette législature.

La LFSS pour 2014 a ainsi prévu des mesures liées à la dégressivité tarifaire et au financement des activités isolées. D'une part, elle a introduit un

(1) Rapport d'information de Mme Catherine Lemorton déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins, n° 2837, session 2014-2015, XIV^e législature.

mécanisme de régulation permettant la mise en œuvre d'une dégressivité tarifaire. Il consiste à prendre en compte l'évolution de l'activité d'un établissement et à appliquer une minoration des tarifs au-delà d'un seuil. D'autre part, ce texte a également introduit un financement distinct de la tarification pour les activités répondant à des critères d'isolement géographique.

La LFSS pour 2015 a poursuivi cette logique. Elle a instauré une dotation liée à l'amélioration de la qualité des soins dont l'objet consiste à financer des établissements désireux d'améliorer leurs prestations. Elle a également créé un statut des hôpitaux de proximité tout en instituant un financement mixte pour les activités de médecine : il s'agit d'une dotation forfaitaire, destinée à assurer la viabilité de l'établissement, couplée à une part reflétant le niveau d'activité des établissements concernés (tarification à l'activité).

La réforme tant attendue de la tarification des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), portée par le PLFSS pour 2016, s'inscrit dans la continuité des textes précédents. La dotation modulée à l'activité constituera la principale source de revenus des établissements de SSR et sera à terme constituée d'une part socle, assise sur l'activité historique de l'établissement, et d'une part variable reflétant la dynamique de l'activité. La part socle constituera la dotation de base de l'établissement et sera valorisée, à terme, à 80 %. Le reste du financement, soit 20 %, sera attribué en fonction de l'activité de l'année en cours. Cette réforme entrera en vigueur en 2017 et s'achèvera en 2022. L'année 2016 sera préparatoire et consistera à sécuriser la montée en charge du dispositif. Les effets de la réforme, qui sera évaluée au fil de son déploiement, permettront de procéder aux ajustements nécessaires.

Le virage ambulatoire constitue également un axe récurrent de la politique des pouvoirs publics. On ne peut nier qu'il contribue sensiblement aux mesures d'économies par la rationalisation des moyens hospitaliers. Rien que pour 2016, le montant s'élève ainsi à 160 millions d'euros. On ne doit pas non plus sous-estimer le fait que ce virage ambulatoire constitue un défi important. Loin de se réduire à un simple levier d'économies, la prise en charge en ambulatoire suppose de reconsidérer l'organisation de l'offre de soins. Elle suppose une mobilisation de tous les professionnels de santé en vue de garantir une meilleure coordination des soins. Elle implique à cet effet de davantage se recentrer sur le patient pour une prise en charge sans rupture de parcours. Elle se traduit également par une exigence accrue de qualité et de sécurité, ce qui implique le déploiement d'outils d'évaluation de la pertinence. Le virage ambulatoire constitue ainsi un axe structurant qui pourra mieux encore se concrétiser grâce aux dispositifs portés par le projet de modernisation du système de santé (équipes de soins primaires, communautés professionnelles de santé, mission d'appui à la coordination des parcours complexes).

Enfin, le système hospitalier se distingue par sa capacité à se moderniser. Mutualisations, coopérations, regroupements : toute la palette de l'organisation de l'offre hospitalière est aujourd'hui sollicitée. La dernière innovation prometteuse

consiste en la création des groupements hospitaliers de territoire par l'article 27 du projet de loi de modernisation précité. Le présent projet de loi présente à cet effet des mesures d'efficacité de la dépense hospitalière dont on attend 690 millions d'économie. Cette modernisation ne consiste pas en une simple rationalisation des moyens. Elle suppose également de définir un projet médical cohérent voire partagé avec d'autres établissements. Elle implique de repenser les outils de travail des hôpitaux tels que les systèmes d'information et de communication. Le report de la réforme de la participation financière de l'assuré aux frais est notamment motivé par l'absence d'architecture informatique propre à opérer la « bascule » de l'assiette vers les tarifs tirés des groupements homogènes de séjour (GHS). L'efficacité de la dépense hospitalière reste en outre subordonnée à une avancée dans les domaines médicaux et informatiques.

3. Le modèle économique de la politique du médicament en butte au défi des molécules onéreuses

Le PLFSS pour 2016 maintient les efforts en vue d'une baisse du prix des médicaments. Un tiers des mesures d'économies porte ainsi sur les médicaments dont les volets principaux sont constitués par la baisse des prix d'une part (550 millions d'euros d'économies) et le développement des génériques d'autre part (395 millions d'euros d'économies).

Ces efforts sont pourtant contrecarrés par l'agressivité des pratiques de certaines entreprises pharmaceutiques.

Or, la santé n'est pas un marché mais un bien public ainsi que le rappelle la définition qu'en fait l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Tout doit être mis en œuvre pour contenir les dérives de quelques groupes désireux de maximiser les profits plus que de raisonner en termes de bien-être général. La presse française s'est ainsi fait le relais de pratiques injustifiables de firmes pharmaceutiques américaines. Une nouvelle tendance consiste à acquérir des médicaments présents sur le marché depuis longtemps et à augmenter sans préavis leur prix ; or, ces médicaments concernent souvent des personnes atteintes de maladies rares. Un laboratoire a ainsi acquis la Cycloserine, qui est un médicament contre la tuberculose, faisant passer son prix de 500 dollars les 30 pilules à 10 800 dollars. Cet épisode caricatural démontre qu'il ne faut pas relâcher notre vigilance. Le prix doit couvrir les charges engagées par les entreprises et lui permettre de financer l'innovation, il ne doit pas être déconnecté des enjeux sanitaires. Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût, selon la formule plus que jamais vérifiée. Ce coût doit être supportable pour le patient ce qui suppose de limiter les effets sur le reste à charge. Ce n'est pas le renoncement aux soins qui doit constituer le leitmotiv de notre système de santé mais l'égalité réelle d'accès aux soins. Ce coût doit être également acceptable pour les pouvoirs publics qui peuvent se trouver confrontés à une effrayante alternative : accepter le

prix exigé ou se résigner à une perte de chances faute de ressources disponibles. La rapporteure ne méconnaît pas les contraintes qui pèsent sur l'industrie française du médicament. Elle est également consciente de la part très importante prise par l'industrie du médicament dans la maîtrise des dépenses. Elle demeure aussi très attentive à l'encouragement de l'innovation, condition de survie des entreprises et de progrès pour les patients mais elle ne peut qu'inciter à la vigilance face à ces inacceptables dérives.

Afin de renforcer la maîtrise du prix des médicaments, la LFSS pour 2015 a renoué le mécanisme de la clause de sauvegarde, notamment en élargissant l'assiette du taux L, en simplifiant les modalités d'établissement de la contribution et en garantissant à l'assurance maladie un rendement minimal en cas de déclenchement de cette clause.

Tout en maintenant le taux L à un niveau identique (- 1 %), le PLFSS pour 2016 poursuit ce processus de rénovation du mécanisme de la clause de sauvegarde et de renforcement de son caractère incitatif. Il s'agit à la fois de préciser le statut des médicaments entrant dans le périmètre de l'assiette de la contribution, d'encourager le conventionnement entre les industries pharmaceutiques et le comité économique des produits de santé (CEPS), et de sécuriser le calcul des remises par le CEPS.

Le secteur hospitalier n'est pas en reste. Le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) s'est fait fort de souligner le dynamisme des dépenses de médicaments relevant de la liste en sus appartenante au champ MCO. Ces dépenses constituent une composante de l'ONDAM mais aucun mécanisme de régulation n'a été prévu lors de sa constitution. Diverses mesures ont été prises, les plus récentes ayant été portées par la LFSS pour 2015. Il en est ainsi de la sensibilisation à la prescription des produits de la liste en sus. À cet égard, il apparaît comme satisfaisant de constater que des leçons ont été tirées de ces dérives. La réforme de la tarification SSR se traduit ainsi par la création d'une enveloppe spécifique couvrant les dépenses liées à la liste en sus des tarifs SSR. Plus encore, la constitution de l'enveloppe en sus est mécaniquement liée à la définition d'une mesure prudentielle permettant de réguler les dépenses.

4. Les principales modifications apportées par la commission

La Commission a apporté plusieurs modifications à la partie « assurance maladie » du PLFSS à l'initiative de la rapporteure.

Elle a tout d'abord adopté un amendement visant à clarifier la rédaction de l'article 21 relatif à l'offre d'assurance complémentaire en matière de santé pour les personnes de plus de 65 ans.

La commission a également adopté un amendement visant à sécuriser les dispositions de l'article 39. Il maintient dans la loi le principe de remises de gestion, tandis que les modalités de ces remises sont renvoyées au décret. Il

précise également les conditions dans lesquelles il peut être mis fin aux délégations de gestion, en cas de défaillance d'un organisme délégataire.

Par ailleurs, elle a adopté à un amendement visant à subordonner la prise en charge des frais de transport à l'identification du numéro du prescripteur au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), y compris lorsqu'il exerce dans un établissement de santé.

Elle a également adopté deux amendements visant à la remise de rapport au Parlement.

Le premier porte sur la couverture complémentaire en matière de santé des salariés exerçant auprès de particuliers employeurs. Ce rapport devra également étudier les différents scénarios permettant la généralisation de la couverture complémentaire en matière de santé pour ces salariés. Enfin, il devra s'attacher à évaluer les modalités de prise en charge partielle du coût de la complémentaire santé par l'employeur ou par un fonds dédié

Le second porte sur le développement et la valorisation des consultations pluri-disciplinaires au sein des établissements de santé. Le mode de financement actuel n'incite pas au développement de ces séances alors qu'elles peuvent être bénéfiques tant pour les patients que pour les équipes médicales concernées.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

EXAMEN DES ARTICLES RELATIFS À L'ASSURANCE MALADIE

La commission a procédé à l'examen des articles relatifs à l'assurance maladie au cours de ses séances du mardi 13 octobre 2015.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015

Article 3

(art. 74 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015)

Rectification de la dotation au FMESPP et à l'ONIAM

Cet article vise à rectifier le montant des dotations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie respectivement au Fonds de modernisation des établissements de santé publics privés (FMESPP) et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

I. RECTIFICATION DE LA DOTATION VERSÉE AU FMESPP

Créé par l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, le Fonds de modernisation des établissements de santé publics privés (FMESPP) est notamment en charge du financement d'opérations d'investissements immobiliers et mobiliers, d'acquisitions d'équipements matériels lourds, d'opérations concourant au développement des systèmes d'information et des opérations concourant à la réorganisation de l'offre de soins. Les missions et le champ d'intervention du fonds sont définis par le décret n°2013-1217 du 23 décembre 2013.

Le FMESPP est financé par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Le I de l'article 74 de la loi de financement pour 2015 a fixé ce montant à 280,6 millions d'euros.

Toutefois, les engagements pris dans le cadre du pacte de stabilité ont prévu que la dotation FMESPP participe, à hauteur de 50 millions d'euros, aux efforts d'économies de la sécurité sociale via l'objectif national de dépenses de

l'assurance maladie (ONDAM). Le I propose par conséquent de porter le montant rectifié de la dotation versée au FMESPP à 230,6 millions d'euros.

II. RECTIFICATION DE LA DOTATION VERSÉE À L'ONIAM

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a créé un dispositif de règlement amiable des accidents médicaux et un droit nouveau : l'indemnisation par la solidarité nationale des victimes des accidents médicaux non fautifs.

Ce dispositif global repose sur un établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé : l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), et sur des structures décentralisées : les Commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI).

L'ONIAM était chargé, par cette loi, d'indemniser intégralement les victimes d'un aléa thérapeutique remplissant les conditions requises ainsi que d'assurer les frais de fonctionnement des CCI et d'apporter à celles-ci un soutien technique et administratif, notamment en mettant à leur disposition le personnel nécessaire. Mais sa mission d'indemnisation a été progressivement élargie, d'abord aux victimes d'accidents médicaux résultant de mesures sanitaires d'urgence, de vaccinations obligatoires ou de la contamination par le VIH, puis aux victimes de préjudices résultant de contaminations par le virus de l'hépatite C et B et du virus T-lymphotropique humain causé par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang, et enfin, aux victimes du Benfluorex ⁽¹⁾.

En application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'ONIAM est financé, notamment, par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Pour 2015, cette dotation s'élevait à 115 millions d'euros à la charge de l'assurance maladie.

Le montant prévisionnel des dépenses de l'ONIAM pour 2015 est évalué à 107,8 millions d'euros, au lieu des 145,8 millions d'euros estimés par la loi de financement pour 2015.

(1) Le projet de loi de modernisation du système de santé, actuellement en cours de navette, prévoit d'étendre la compétence de l'ONIAM pour les dommages imputables à des actes à finalité abortive ou contraceptive.

DÉPENSES ET DOTATIONS DE L'ONIAM DEPUIS 2007

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dotations annuelles d'assurance maladie	0	50	117	70	10	55	139	118
Autres dotations	0,4	0,6	1,6	5,1	12,5	1,5	6	1,5
Fonds de roulement issu de l'exercice antérieur	165	98	76	119,8	126	44	67,2	97,3
Dont réserves	146	77	50	98	108	16,2	36,2	60,2
Dépenses	82	94,8	89	76,8	99,9	119,5	152,5	127,6
Dont dépenses d'indemnisation	76,3	88	82,9	69,8	91,9	109,7	141,9	115,8
Résultat	- 69,2	- 27	48,3	11,5	- 55,4	- 18,6	6	18,9

Source : réponse aux questionnaires budgétaires.

Cette révision à la baisse des prévisions d'exécution du fonds s'explique essentiellement par une moindre activité de l'office constatée en 2015.

En conséquence, cet article propose de porter le montant de la dotation à 83 millions d'euros pour 2015. En cumulant ce montant avec les autres produits de l'Office, qui s'élèvent à 27 millions d'euros en 2015, le fonds disposerait ainsi de 110 millions d'euros pour financer les 107,8 millions de dépenses estimatives.

*

La Commission examine l'amendement AS306 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cet amendement porte sur des dispositions symptomatiques du défaut de cap du Gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016. Ainsi, il réduit de 50 millions d'euros les ressources du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) à l'article 3, et augmente ces ressources du même montant pour l'année suivante à l'article 16, au motif que les établissements de santé ont des besoins en matière d'investissement. Si de tels besoins existent, pourquoi ne pas y répondre dès 2015 ?

Un certain nombre d'établissements publics doivent se moderniser, que ce soit dans le domaine de l'ambulatoire, pour se doter de matériels plus performants qui permettront des économies de fonctionnement, ou encore pour se mettre en conformité avec les nouvelles lois – je pense notamment à l'accessibilité. Dans ces conditions, il ne me paraît pas opportun de réduire les ressources du FMESPP, c'est pourquoi l'amendement AS306 vise à supprimer l'alinéa 1 de l'article 3.

M. Gérard Bapt, rapporteur suppléant Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Si M. Vercamer a raison d'insister sur l'importance du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, il a tort de présenter un amendement de suppression de l'alinéa 1 de l'article 3. En 2015, les ressources du FMESPP ne s'élevaient pas à 280 millions

d'euros, mais à 492 millions d'euros, en raison d'un report de crédits de 211 millions d'euros, provenant des années précédentes. Le fonds est donc richement doté et, contrairement à ce qui a été dit, il me paraît de bonne gestion de ne pas laisser des fonds inutilisés. Je suis donc défavorable à l'amendement AS306.

M. Jean-Pierre Door. Je soutiens l'amendement de M. Vercamer. Cela fait en effet deux ou trois ans que nous constatons qu'il existe des besoins réels sur tout le territoire, dans de très nombreux établissements. Si les budgets votés ne sont pas utilisés, c'est très certainement en raison d'un problème de communication entre les établissements et les agences régionales de santé (ARS), aboutissant au rejet des dossiers présentés. Il me paraît essentiel d'éclaircir ce point.

M. Francis Vercamer. M. le rapporteur nous signale un report de crédits de 211 millions d'euros, ce qui montre bien que le Gouvernement n'a pas de cap, puisqu'il inscrit des crédits qu'il ne dépense pas en dépit des besoins. La diminution de ressources du FMESPP de 50 millions d'euros n'a, à mon sens, pour objet que d'améliorer l'aspect des comptes ; si cette décision peut se comprendre, elle devrait être assumée plutôt que masquée par une explication peu convaincante.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 3 sans modification.

Article 4

(art. L. 138-10, L. 138-11, L. 138-13 à L. 138-15, L. 138-19-1, L. 138-19-2, L. 138-19-4, L. 138-19-5 du code de la sécurité sociale)

Ajustement des mécanismes de la clause de sauvegarde et de la contribution due au titre des médicaments traitant l'hépatite C

Le Gouvernement a fixé, pour la période courant de 2015 à 2017, un objectif de stabilisation des dépenses de médicaments. Dans ce contexte, l'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015⁽¹⁾ a souhaité rénover le mécanisme de la clause de sauvegarde, afin d'assujettir l'ensemble des entreprises pharmaceutiques à une contribution, lorsque la progression de leur chiffre d'affaires hors taxes dépasse un niveau donné, le « taux L ».

Par ailleurs, pour répondre au surcroît de dépenses engendré par l'émergence de nouveaux traitements innovants de l'infection par le virus de l'hépatite C, l'article 14 de la même loi a créé une contribution spécifique pour les traitements médicamenteux de l'hépatite C.

Cet article propose des ajustements visant à simplifier et à clarifier la mise en œuvre de ces mécanismes.

(1) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

I. LE TAUX L VISE À GARANTIR LA STABILITÉ DES DÉPENSES DE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS

L'article 10 de la loi de financement pour 2015 s'est attelé à rénover le mécanisme de la clause de sauvegarde, notamment en élargissant l'assiette du taux L, en simplifiant les modalités d'établissement de la contribution et en garantissant à l'assurance maladie un rendement minimal en cas de déclenchement de la clause de sauvegarde.

Le « taux L » correspond au seuil de progression sur une année du chiffre d'affaires, net des remises, de l'ensemble des laboratoires pharmaceutiques. Lorsque le chiffre d'affaires dépasse le « taux L » fixé par la loi de financement, les entreprises pharmaceutiques sont redevables d'une contribution, dite « clause de sauvegarde ». Le montant du chiffre d'affaires peut cependant être minoré des remises mentionnées à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, et de la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C, instituée par l'article 3 de la même loi. Sont également exclus de l'assiette de la contribution les médicaments orphelins représentant moins de 30 millions d'euros de chiffre d'affaires annuel, ainsi que les médicaments génériques.

Le mécanisme s'accompagne par ailleurs d'une « garantie de rendement » qui vise à sécuriser la régulation des dépenses de médicaments : les entreprises assujetties à la contribution ayant conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) pour la fixation du prix de l'ensemble des médicaments entrant dans le champ de la contribution peuvent signer avec le comité une convention prévoyant le versement, sous forme de remises, de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. En outre, ces mêmes entreprises peuvent être intégralement exonérées de la clause de sauvegarde si le niveau de remises versées au CEPS dépasse 80 % du montant de la contribution à laquelle elles sont assujetties.

La « clause de sauvegarde » est donc un mécanisme essentiellement incitatif ; elle n'a vocation à se déclencher que dans l'hypothèse où les économies prévues ne seraient pas réalisées dans leur intégralité, et ne suffiraient pas à assurer la stabilité de l'évolution des dépenses remboursées.

Plusieurs ajustements visant à sécuriser le mécanisme de la clause de sauvegarde en cas de déclenchement en 2016 sont proposés.

- *Préciser le statut des médicaments entrant dans le périmètre de l'assiette de la contribution*

Le **c** du 1° du **I** et le **b** du 2° du **I** modifient respectivement les articles L. 138-10 et L. 138-11 du code de la sécurité sociale afin que le statut du médicament pris en compte – médicament orphelin ou médicament générique sous tarif forfaitaire réglementé (TFR) – pour l'assiette de l'année N soit celui en vigueur au 31 décembre de cette même année N.

Afin de ne laisser planer aucun doute sur la désignation des médicaments compris dans l'assiette, le **b** du **1°** du **I** propose que la notion de médicament orphelin soit prise en compte par produit et non plus par indication, dès lors qu'un médicament a « *au moins une indication désignée comme orpheline* », en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 sur les médicaments orphelins.

Pour éviter les régularisations de contribution intervenant trop tardivement, notamment en cas de fixation tardive du prix d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU), il est ensuite proposé au **b** du **5°** du **I** de limiter la régularisation à l'année précédant la fixation de ce prix ou de ce tarif. Dans cette hypothèse, la régularisation s'impute « *sur la contribution due au titre de l'année au cours de laquelle le prix ou le tarif de ces médicaments a été fixé* ».

- *Encourager le conventionnement entre les industries pharmaceutiques et le CEPS*

L'article 4 propose d'élargir le champ des remises déduites de l'assiette de chiffre d'affaires à l'ensemble des remises relevant de la compétence du CEPS. Le **a** du **1°** du **I** et le **a** du **2°** du **I** ajoutent ainsi aux remises déjà prises en compte dans l'assiette les remises prévues aux articles L. 162-17-5 et L. 162-22-7-1 du même code. Ces remises peuvent être accordées par le CEPS pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché (AMM) ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Le **a** du **3°** du **I** propose d'assouplir les conditions d'exonération de remises de la contribution L en autorisant le CEPS à signer un accord prévoyant le versement de remises avec les entreprises qui ont conclu avec lui une convention couvrant au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile, et non plus 100 % comme il était exigé dans l'actuelle rédaction de l'article L. 138-13.

Le **a** du **4°** du **I** vise ensuite à supprimer les trois premiers alinéas de l'article L. 138-14 du code de la sécurité sociale relatifs aux groupes d'entreprises. À l'avenir, chaque entreprise exploitant un médicament sera ainsi regardée comme une entreprise au sens de l'article L. 138-10 du même code, et sera ainsi habilitée à signer à titre propre un avenant conventionnel avec le CEPS. Par coordination, le **b** du **4°** du **I** supprime la référence aux groupes.

S'agissant de la « garantie de rendement », le **a** du **3°** du **I** modifie l'article L. 138-13 pour effectuer une modification rédactionnelle visant à dissiper tout quiproquo : les termes « les remises » sont remplacés par les termes « la remise ».

- *Sécuriser le calcul des remises par le CEPS*

Les entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques peuvent être ainsi tenues, en application de l'article L. 138-10, de s'acquitter d'une contribution. Les entreprises redevables doivent remettre à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), une déclaration permettant de déterminer avant le 1^{er} mars le chiffre d'affaires réalisé l'année précédente.

Toutefois, sous réserve d'une convention conclue avec le CEPS, cette contribution peut faire l'objet de remises de la part du comité. Afin de donner à ce dernier suffisamment de temps pour calculer les remises, le calendrier de déclaration à l'ACOSS est reporté d'un mois, au 1^{er} avril, par le *c* du 5^o du **I**. En conséquence, le *a* du 5^o du **I** modifie le premier alinéa de l'article L. 138-15 du même code afin de décaler d'un mois, du 1^{er} juin au 1^{er} juillet, la date limite de versement.

II. LA CONTRIBUTION SPÉCIFIQUE POUR LES MÉDICAMENTS DE L'HÉPATITE C

L'article 4 revient par ailleurs sur le mécanisme de la contribution spécifique pour les médicaments de l'hépatite C instituée par l'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

La création de ce mécanisme répondait alors à la nécessité de réguler une dépense devenue soudainement très dynamique en raison de l'émergence sur le marché de médicaments innovants très efficaces contre le virus de l'hépatite C et susceptibles de toucher un nombre élevé de patients⁽¹⁾, mais également très onéreux. Afin de rendre compatible cette dépense avec l'objectif de stabilité des dépenses de médicaments, la loi de financement pour 2015 a créé une contribution provisoire, pour la période allant de 2014 à 2016, mise à la charge des entreprises exploitant les médicaments traitant l'hépatite C.

Deux conditions cumulatives sont nécessaires au déclenchement de la contribution :

– en premier lieu, le montant total du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer doit être supérieur à un montant *W* déterminé par la loi. Ce montant est déterminé en fonction de la montée en charge de la prescription des traitements, et de l'équilibre de l'ONDAM : il a été fixé à 450 millions d'euros à 2014, et à 700 millions d'euros en 2015. L'article 24 de ce projet de loi le fixe également à 700 millions d'euros pour 2016. À l'instar de la contribution due par les entreprises pharmaceutiques, et

(1) En France, environ 230 000 personnes vivaient avec le virus de l'hépatite C. On estime que moins de 60 % d'entre elles sont diagnostiquées, ce qui représente environ 60 000 personnes. Près de 5 000 cas seraient détectés chaque année.

sous réserve de conventionnement entre l'entreprise et le CEPS, ce chiffre d'affaires peut être minoré de remises accordées par le comité ;

– en second lieu, le dépassement du montant W doit traduire un taux de progression du chiffre d'affaires de ces entreprises, pour la part imputable aux médicaments destinés au traitement de l'hépatite C, supérieur de 10 % par rapport au chiffre d'affaires de l'année précédente minoré des remises et de la contribution due au titre de l'hépatite C versées l'année précédente.

- *Les ajustements proposés*

Par analogie aux évolutions du mécanisme de la clause de sauvegarde précédemment exposées, les paragraphes 6°, 7°, 8° et 9° du I visent à clarifier et à simplifier la mise en œuvre de la contribution due au titre des médicaments destinés au traitement de l'infection chronique par le virus de l'hépatite C.

Les 6° et 7° modifient respectivement le premier alinéa des articles L. 138-19-1 et L. 138-19-2 du code de la sécurité sociale, afin d'étendre le champ des remises prises en compte dans le calcul du chiffre d'affaires à celles mentionnées à l'article L. 162-17-5 du même code. Ces dernières peuvent être accordées par le Comité économique des produits de santé (CEPS) aux entreprises exploitant des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, en cas de fixation par le CEPS d'une enveloppe unilatérale. Le montant de la remise accordée représente alors un montant égal à la perte de chiffre d'affaire annuel résultant de l'application de la baisse tarifaire décidée par le CEPS.

Le 8° procède à la même modification rédactionnelle que le a du 3° du I en proposant de remplaçant « les remises » par « une remise ».

À l'instar de la mesure contenue au 4° du I s'agissant de la clause de sauvegarde, le 9° propose de considérer chaque entreprise exploitant un médicament comme une entité individuelle, habilitée à signer un avenant conventionnel avec le CEPS.

III. LES MODALITÉS D'ENTRÉE EN VIGUEUR

Il est précisé au II que les dispositions du I s'appliqueront aux contributions et remises dues au titre de 2015, c'est-à-dire pour les remises versées en 2016.

La Commission est saisie des amendements identiques AS1 de M. Jean-Pierre Door et AS202 de M. Bernard Accoyer.

M. Jean-Pierre Door. L'article 4 procède à des ajustements ponctuels des dispositifs L et W, touchant l'industrie pharmaceutique, afin d'améliorer la prévisibilité du montant qui serait dû par chaque industriel au cas où la clause de sauvegarde viendrait à se déclencher. Le calcul prévu n'est pas très cohérent, puisque la comparaison devant s'établir entre les années N et N-1 ne porte pas sur la même assiette – ce qui entraîne un manque de visibilité pour les entreprises concernées. À ce problème technique s'ajoute la difficulté consistant à taxer la croissance négative du chiffre d'affaires des entreprises, ce qui ne s'est jamais vu. L'amendement AS1 vise à remédier à ces incohérences.

M. Bernard Accoyer. L'article 4 est relatif à l'un des problèmes majeurs du PLFSS, à savoir l'absence totale de réforme de structure, jointe à une réduction autoritaire des budgets, en l'occurrence de celui réservé au médicament, ce qui a d'ores et déjà des conséquences très importantes sur la recherche, le développement et l'emploi dans l'industrie du médicament, et, plus grave, sur l'innovation thérapeutique.

Les dispositions prévues à l'article 4 sont iniques, car basées sur un calcul imprévisible : dans ces conditions, comment les entreprises concernées peuvent-elles investir et préserver leur activité et leurs emplois ? Nous proposons donc de modifier en profondeur l'article 4.

M. Gérard Bapt, rapporteur suppléant Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Ces amendements suppriment le fruit de la concertation qui a eu lieu entre le Gouvernement et l'industrie pharmaceutique. Un groupe de travail a été mis en place entre le comité économique des produits de santé (CEPS), l'inspection générale des finances et les industries pharmaceutiques, afin d'aider ces dernières à s'adapter aux nouvelles conditions découlant de la création du taux L dans le PLFSS pour 2015. L'article 4, qui résulte de ce travail concerté, vise à corriger les effets non anticipés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Par ailleurs, je vous rappelle que l'assiette concernée par le taux L porte sur les médicaments hors génériques, ce qui signifie que le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique peut augmenter globalement, hors génériques. Enfin, le chiffre d'affaires est minoré, le cas échéant, des remises conventionnelles. Le taux L n'a donc pas vocation à être mis en œuvre, mais plutôt à constituer un garde-fou.

Compte tenu de la nécessité de stabiliser les dépenses pharmaceutiques par habitant, particulièrement élevées en France, et du fait que l'article 4 résulte d'une concertation entre l'industrie et le Gouvernement, il vous est proposé de rejeter ces amendements de suppression.

M. Jean-Pierre Barbier. Je crois que nous ne parlons pas de la même chose, monsieur le rapporteur. La mise en œuvre de la clause de sauvegarde

concerne les produits innovants et l'on constate, cette année comme les années précédentes, que l'innovation n'est pas financée, si ce n'est par une taxation de l'industrie pharmaceutique. Ce qui pose problème, c'est que vous compariez le chiffre d'affaires de l'année N diminué des remises au chiffre d'affaires de l'année N-1 diminué des remises, mais aussi des contributions déjà versées par les laboratoires. Je veux croire qu'il s'agit là d'une erreur d'écriture, car sinon, les laboratoires vont se voir appliquer une double peine en étant taxés sur la progression d'un chiffre d'affaires qu'ils n'auront pas réalisé. Je vous invite à examiner cette disposition de plus près car, en l'état actuel, vous mettez en cause les produits innovants et le financement de la recherche sur ces produits – et, à terme, l'accès aux soins par les patients.

La Commission rejette les amendements identiques.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS155 de M. Jean-Pierre Door et AS179 de M. Bernard Accoyer.

M. Arnaud Robinet. L'amendement AS155 vise à rétablir une règle de calcul cohérente pour le déclenchement de la clause de sauvegarde.

La contribution telle que prévue par l'article L.138-10 du code de la sécurité sociale – c'est l'article 14 de la LFSS pour 2015 – prévoit que le déclenchement du mécanisme résulte de la comparaison entre le chiffre d'affaires net de remises d'une année N et le même chiffre d'affaires de l'année N-1 minoré de la contribution versée au titre du mécanisme L de l'année N-1.

L'assiette de cette contribution n'étant pas identique d'une année sur l'autre, cela engendre un cercle vicieux dont il résulte que, plus la contribution versée l'année N-1 est forte, plus le versement de l'année N sera important – ce qui induit un manque de visibilité pour les entreprises du médicament.

Depuis des années, l'industrie pharmaceutique est prise comme variable d'ajustement dans le cadre du PLFSS – par tous les gouvernements, de gauche comme de droite. Nous devrions plutôt déterminer des objectifs et des moyens et, pour cela, travailler main dans la main avec l'industrie de santé. Il y va de l'avenir de l'innovation et de la recherche privée – qui, à mon sens, doit être complémentaire de la recherche publique.

M. Bernard Accoyer. Je démens catégoriquement que les dispositions prévues à l'article 4 soient le fruit d'une négociation avec l'industrie pharmaceutique. Cet article incohérent constitue soit une provocation, soit une erreur grave. Alors que la France a été un grand pays d'innovation, de recherche et développement de nouveaux médicaments, depuis trois ans, le Gouvernement fait preuve d'un véritable acharnement sur l'industrie pharmaceutique, qui va supporter cette année encore plus de la moitié des réductions de dépenses. En cédant à cette facilité, vous prenez la responsabilité de la dégradation de l'industrie pharmaceutique dans notre pays et de la réduction de l'accès à l'innovation pour nos compatriotes.

M. Gérard Bapt, rapporteur suppléant Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Je rappelle que l'objectif du Gouvernement est de stabiliser la dépense pharmaceutique. L'assiette concernant le taux L s'entend hors produits génériques, afin d'encourager la prescription de ces produits. Par ailleurs, si les génériques ne sont pas compris dans le chiffre d'affaires, les médicaments combattant les maladies orphelines ne le sont pas non plus ; or, ces médicaments s'adressant à un public très restreint sont très chers, car il faut financer l'innovation mise en œuvre par le laboratoire ayant décidé de rechercher un médicament efficace pour combattre une maladie orpheline. L'article 4 vise à corriger certaines anomalies relatives à la fixation du chiffre d'affaires, au moyen de dispositions élaborées en concertation avec l'industrie pharmaceutique. Je suis donc défavorable à ces amendements de suppression.

M. Élie Aboud. Le débat sur ces amendements ne saurait se résumer à une confrontation entre un groupe défendant l'industrie pharmaceutique d'une part, et le rapporteur cherchant à diminuer les dépenses d'autre part. En tout état de cause, vous ne pouvez affirmer que l'article 4 résulte d'une concertation entre le Gouvernement et les laboratoires : en réalité, ceux-ci trouvent aberrant que l'on compare deux assiettes différentes d'une année sur l'autre, et s'inquiètent de l'avenir des produits innovants.

La Commission rejette les amendements identiques.

Puis elle examine les amendements identiques AS156 de M. Jean-Pierre Door et AS181 de M. Bernard Accoyer.

M. Jean-Pierre Door. Contrairement à ce qu'affirme M. le rapporteur, le Gouvernement ne stabilise plus l'industrie pharmaceutique et ses résultats, il les contraint et les étrangle. Les entreprises se trouvent dans l'impossibilité de provisionner le montant de la taxe à laquelle elles sont soumises, ce qui les fragilise : comment voulez-vous qu'une entreprise, quelle qu'elle soit, soit taxée sur un chiffre d'affaires qu'elle n'a pas encore réalisé ?

M. Bernard Accoyer. Les dispositions de l'article 4 sont tout à fait irréalistes, pour ne pas dire surréalistes, dans la mesure où elles prévoient de déterminer les constantes réduisant l'enveloppe destinée au médicament et déclenchant la clause de sauvegarde trois mois après la clôture de l'exercice. Ainsi, il n'y a plus aucune prévisibilité – les laboratoires sont dans l'incapacité totale de provisionner le montant des taxes qu'elles vont devoir acquitter – et cette incertitude ne peut aboutir qu'à la contraction d'un secteur pourtant décisif. L'amendement AS181 propose donc de rétablir des modalités de calcul plus rationnelles, acceptées par l'industrie concernée.

M. Gérard Bapt, rapporteur suppléant Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Ces amendements identiques ont pour objet de supprimer les alinéas 13 à 15 de l'article 4, visant à ce que chaque entreprise exploitant un médicament soit habilitée à signer, à titre propre, un

avenant conventionnel avec le CEPS, y compris lorsqu'elle appartient à un groupe.

Je ne suis pas favorable à la suppression d'une disposition qui répond à la demande formulée par l'ensemble des acteurs, alors que le mécanisme en vigueur jusqu'alors ne permettait pas à la filiale d'un grand laboratoire pharmaceutique de conventionner à titre personnel avec le CEPS. Il n'y a rien de complexe dans le mécanisme retenu, puisqu'en application de l'article 10 du PLFSS, les dépenses des entreprises qui appartiennent à un groupe sont déjà isolées afin de rendre la fiscalité la plus juste et la plus cohérente possible.

M. Dominique Tian. Lorsque le tribunal de commerce de Brive-la-Gaillarde a statué, le mois dernier, sur la procédure de redressement d'une usine de médicaments génériques employant trente-sept salariés, le Président de la République lui-même s'est adressé au LEEM, le syndicat des fabricants de médicaments, afin qu'une solution soit trouvée. Le chef de l'État, qui a montré qu'il se préoccupait de l'état de santé de l'industrie pharmaceutique de notre pays, risque de ne pas apprécier les dispositions de ce PLFSS ayant pour objet de matraquer une industrie du médicament qui, contrairement à ce que l'on pourrait croire, ne réalise plus de bénéfices très importants, et se trouve même dans une situation critique.

La Commission rejette les amendements identiques.

Puis elle examine les amendements identiques AS2 de M. Jean-Pierre Door et AS204 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Perrut. Il est faux d'affirmer que l'industrie pharmaceutique est d'accord avec l'évolution proposée par le Gouvernement. L'article 4 a pour objet de supprimer la possibilité de calcul de la contribution par groupe d'entreprises, ce qui ajoute à la complexité du dispositif.

L'article 14 de la LFSS 2015 a profondément modifié les règles de calcul de la contribution à la charge des entreprises pharmaceutiques, dite « clause de sauvegarde ». Ces dernières sont désormais taxées sur la base d'un chiffre d'affaires net des remises qu'elles versent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Ces éléments ne sont connus que trois mois après la clôture de l'exercice, à savoir en mars de l'année N+1 pour une contribution calculée au titre d'une année N. Les entreprises sont donc dans l'impossibilité de provisionner le montant de la taxe et cette imprévisibilité fragilise la certification de leurs comptes par les commissaires aux comptes.

Cet amendement vise donc à rétablir la possibilité de calcul de la contribution par groupe d'entreprises.

M. Bernard Accoyer. L'article 4 procède d'une facilité qui semble constituer la marque de fabrique de l'ensemble de ce PLFSS : plutôt que de faire des réformes de structure et de réduire ce qui pourrait l'être par la rationalisation,

la modernisation et la mise en cohérence, le Gouvernement coupe les dépenses sans se préoccuper des conséquences, par des dispositions dangereuses pour l'accès aux soins et pour l'avenir de l'industrie du médicament.

M. Gérard Bapt, rapporteur suppléant Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Il ne s'agit pas de couper les dépenses, mais simplement de faire en sorte que les entreprises puissent conventionner à titre propre avec le CEPS. L'objet du groupe de travail que j'ai évoqué tout à l'heure a justement été de faire en sorte que les difficultés qui auraient pu apparaître si le taux L avait été mis en œuvre cette année puissent être levées à l'issue d'une concertation. Nous sommes donc défavorables à ces amendements.

La Commission rejette les amendements identiques.

Puis elle adopte l'article 4 sans modification.

Article 6

Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2015

Cet article, en s'appuyant sur les prévisions de dépenses présentées par la Commission des Comptes de la Sécurité sociale (CCSS) du 24 septembre 2015, prévoit un ONDAM de 181,9 milliards, en deçà du montant de 182,3 milliards fixé par la loi de financement de sécurité sociale pour 2015 (LFSS).

I. LES PRÉVISIONS DE DÉPENSES RÉACTUALISÉES POUR 2015

A. UN ONDAM 2015 QUI NE BÉNÉFICIE PAS D'UN EFFET DE BASE FAVORABLE

Les dépenses de l'ONDAM en 2014 se sont élevées à 178 milliards d'euros, en sous-exécution de 0,3 milliard par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2015. Cette sous-exécution résulte des annulations de crédits au titre de la réserve prudentielle.

L'exécution 2014 est notamment marquée par le respect de l'enveloppe allouée au sous-objectif des soins de ville qui reste toutefois en progression de 3,0 % par rapport à la base initialement prévue. Deux effets doivent toutefois être distingués. La fin d'année a été marquée par un dynamisme des dépenses de soins de ville imputable aux indemnités journalières, aux honoraires des spécialistes et des dispositifs médicaux. Ce dynamisme a été neutralisé par le rendement plus important que prévu des remises pharmaceutiques et contributions spécifiques aux nouveaux produits contre l'hépatite C.

S'agissant des établissements hospitaliers, les dépenses se sont révélées plus importantes que prévues. La sous-exécution de 0,3 milliard d'euros qui concerne ce sous-objectif est imputable aux mesures de régulation ayant abouti à

l'annulation de crédits. Les dépenses des cliniques privées se caractérisent par une sous-exécution chronique qui contribue à la maîtrise de l'ONDAM. L'année 2014 n'échappe pas à cette constante mais il convient de souligner que cette sous-exécution est moins importante que les années précédentes (40 millions d'euros contre 230 millions en 2013). À l'inverse, les dépenses des établissements publics ont été plus importantes que prévues en raison du dynamisme de la liste des médicaments de la liste en sus. Ce constat justifie à lui seul les mesures correctrices apportées par la LFSS 2015 pour maîtriser l'évolution de cette enveloppe de médicaments onéreux.

Les autres sous-objectifs sont marqués par une relative adéquation entre les dépenses constatées et les prévisions.

L'ensemble de ces éléments a été pris en compte pour déterminer la base de l'ONDAM. Le dynamisme des dépenses des soins de ville constaté en 2014 emporte ainsi des effets sur la construction de la base de l'ONDAM pour 2015.

B. 2015 : UNE ANNÉE MARQUÉE PAR UNE SOUS-EXÉCUTION DE TOUS LES SOUS-OBJECTIFS

- *Un ONDAM soins de ville en deçà de l'objectif fixé*

Les dépenses de soins de ville sont établies à 82,9 milliards d'euros après mesures correctrices (soit 2,5 % de plus que la réalisation 2013). Le rythme de certains postes dépenses pour 2015 devrait absorber l'important effet-base de certains postes de dépenses (*cf.* a) et le dynamisme des dépenses d'honoraires médicaux (+ 70 millions d'euros supplémentaires), de dispositifs médicaux (+ 45 millions d'euros supplémentaires) et des transports de patients (+ 30 millions d'euros). Il s'agit notamment :

- des dépenses de médicament qui seraient moins dynamiques que prévues en raison du rendement plus important qu'escompté des remises concédées par les entreprises pharmaceutiques (- 50 millions d'euros) ;

- les dépenses d'honoraires des auxiliaires-médicaux caractérisée par une sous-exécution de 70 millions d'euros, principalement imputable à la mise en place de référentiels par la CNAM contribuant à la maîtrise médicalisée des dépenses de masso-kinésithérapie ;

- des dépenses d'analyse médicale (- 25 millions d'euros) et d'indemnités journalières (- 20 millions d'euros).

Au total, une légère sous-exécution de l'ordre de 25 millions d'euros serait envisagée pour 2015.

- *Un ONDAM hospitalier globalement respecté*

Selon le dernier rapport de la CCSS, les dépenses des séjours se situeraient au-delà de l'objectif prévu. C'est notamment le cas pour l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (OMDCO) qui se caractériserait par une sur-exécution de 90 millions d'euros. Elle concernerait autant les cliniques privées que les établissements publics et privés non lucratifs.

À l'inverse, les dépenses au titre des médicaments et des dispositifs médicaux relevant de la liste en sus seraient moins importantes que prévues.

Au titre de l'année 2015, 547 millions de crédits ont été gelés au titre du mécanisme de mise en réserve. Dans le cadre du programme de stabilité, 175 millions d'euros pris sur la réserve ont été annulés. La mise en réserve disponible (370 millions d'euros) doit permettre de sous-exécuter de 250 millions d'euros l'ONDAM, respectant ainsi l'objectif d'une évolution de 2 % des crédits au regard la construction.

- *Une légère sous-consommation de l'ONDAM médico-social*

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux constitue une enveloppe fermée dont le montant a été fixé à 17,9 milliards d'euros.

L'ONDAM médico-social contribuerait à une économie de 85 millions d'euros.

- *Les dépenses relatives aux autres modes de prise en charge devraient de nouveau légèrement dépasser le sous objectif voté*

Représentant 1,6 milliard d'euros, ces dépenses devraient très légèrement dépasser le sous-objectif voté (20 millions d'euros).

II. LA RECTIFICATION DE L'ONDAM POUR 2015

Au total, les mises en réserves prévues permettent de compenser le dépassement de l'ONDAM initialement envisagé. La nouvelle ventilation est ainsi fixée :

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	82,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	56,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,0
Autres prises en charge	1,6
Total	181,9

Dans son avis, le comité d'alerte « invite à une grande prudence dans le dégel des crédits mis en réserve, tout comme dans la délégation des crédits non encore délégués afin de garantir la bonne exécution de l'ONDAM dans les limites fixées ». Le comité suggère également d'accompagner les annulations de crédits hospitaliers par des économies structurelles afin de ne pas accroître le déficit des établissements de santé ⁽¹⁾.

*

La Commission adopte l'article 6 sans modification.

Après l'article 6

La Commission est saisie de l'amendement AS308 de M. Francis Vercamer.

M. Arnaud Richard. Cet amendement de bon sens, souhaité par l'ensemble des observateurs des dépenses sociales, porte sur le seuil d'alerte de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en matière de soins de ville – étant précisé que l'ONDAM n'est pas un budget à proprement parler, mais un indicateur des dépenses de santé. Il contient une disposition préconisée par la Cour des comptes, et figurant dans nos engagements européens de contrôle des trajectoires des dépenses publiques, qui consiste à diminuer le seuil d'alerte de 1 % à 0,5 %, étant précisé que, depuis 1997, la plupart des dépassements de l'ONDAM sont de l'ordre de 0,7 % – ce qui représente près de 20 milliards d'euros au total. Une telle disposition nous permettrait de remplir notre engagement de renforcer le pilotage infra-annuel des dépenses de santé au travers de l'ONDAM.

(1) Avis du Comité d'alerte n°2015-3 du 6 octobre 2015 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

M. Gérard Bapt, rapporteur suppléant Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. La modification proposée est en fait déjà actée, puisque depuis l'an dernier, le seuil au-delà duquel le comité d'alerte donne notification au Parlement est situé à 0,5 %. Vouloir inscrire l'abaissement de seuil dans le code de la sécurité sociale n'apporte aucune contrainte supplémentaire dans le cadre de l'ONDAM, mais peut avoir pour conséquence de supprimer un instrument de flexibilité en cas de besoin. Je propose donc de repousser cet amendement.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte la deuxième partie du projet de loi.

TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2016

TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET A LA TRÉSORERIE

CHAPITRE III Dispositions relatives aux recettes et à la trésorerie des organismes de sécurité sociale

Article 16

Prélèvement au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Cet article vise à prélever un montant de 40 millions d'euros sur les réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au profit du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

I. PRÉSENTATION DES FONDS CONCERNÉS PAR LE TRANSFERT

- *Le fonds pour l'emploi hospitalier*

L'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique a institué le FEH à compter du 1^{er} janvier 1995. Il est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

Le FEH participe au financement des surcoûts supportés par les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de la cessation progressive d'activité (CPA), du temps partiel, de certaines formations et aides à la mobilité et du compte épargne temps (CET) qu'ils accordent à leurs personnels (fonctionnaires et agents contractuels).

Liste des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 précitée

- Établissements publics de santé ;
- Hospices publics ;
- Maisons de retraite publiques, à l'exclusion de celles qui sont rattachées au bureau d'aide sociale de Paris ;
- Établissements publics ou à caractère public relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance et maisons d'enfants à caractère social ;
- Établissements publics ou à caractère public pour mineurs ou adultes handicapés ou inadaptés, à l'exception des établissements nationaux et des établissements d'enseignement ou d'éducation surveillée ;
- Centres d'hébergement et de réadaptation sociale, publics ou à caractère public, mentionnés à l'article L. 345-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre.

Ce fonds est alimenté par une contribution à la charge des établissements énumérés à l'article 2 de la loi précitée. Cette contribution est assise sur le montant des rémunérations soumises à retenues pour pension. Il s'agit :

- des traitements soumis aux retenues pour pension des agents stagiaires et titulaires ;
- des salaires soumis à retenues pour pension de retraite des agents contractuels de droit public.

Le taux de la contribution, qui ne peut excéder 1,8 % est fixé par décret. Aux termes du décret n° 2002-160 du 7 février 2002 il est de 1 % depuis 2002.

● *Le FMESPP*

En vertu de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, le FMESPP, créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, succède au fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé (FMES) et reprend les créances et obligations du fonds pour la modernisation des cliniques privées. Il est intégré à l'ONDAM depuis 2006.

L'action du FMESPP est centrée sur le financement :

– de mesures nationales, en particulier les investissements de modernisation, de restructuration et de réorganisation de l'offre de soins ;

– de missions d'expertise au bénéfice des établissements de santé, confiées à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et depuis 2013 à l'agence des systèmes d'information partagés de la santé (ASIP).

Le FMESPP est régi par le décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 qui en précise les missions et le champ d'intervention.

La gestion du FMESPP est confiée à la caisse des dépôts et consignations (CDC) qui en tient la comptabilité et procède aux paiements en faveur des établissements et des agences.

II. UN PRÉLÈVEMENT DESTINÉ À ALLÉGER LES CHARGES SUPPORTÉES PAR L'ONDAM

L'article 16 prévoit le prélèvement d'une somme de 40 millions d'euros sur les réserves du FEH au profit du FMESPP. Selon le dernier rapport de gestion du FEH, le résultat annuel du fonds est structurellement excédentaire. Depuis 2009, et à l'exception notable de l'exercice 2013 ⁽¹⁾, le solde évolue entre 30 et 45 millions d'euros. En 2014, les réserves du fonds s'établissent à un peu plus de 110 millions d'euros. Le dernier rapport du FEH prévoit un montant prévisionnel de réserves de 160 millions d'euros en 2015 et 209 millions en 2016.

L'excédent structurel du FEH s'explique par l'évolution du périmètre des actions qu'il contribue à soutenir, en particulier la disparition, en 2006, du fonds de compensation du congé de fin d'activité (FCCFA).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait mis en place un prélèvement au bénéfice du FCCFA. Pour couvrir les prestations à servir, le prélèvement avait parallèlement été accompagné d'un relèvement de 0,45 % à 0,67 % du montant de la contribution alimentant le FEH. Toutefois, cette hausse n'a pas permis de couvrir des contributions et prestations servies par le FEH. Deux nouvelles revalorisations ont ainsi été décidées en 2000 puis 2002 pour atteindre le taux actuel de 1 %.

En 2006, il a été mis fin au prélèvement opéré sur le FEH au profit du FCCFA, sans pour autant que le taux de contribution au FEH n'ait été modifié. La croissance des ressources du fonds a depuis lors été nettement supérieure à celle des emplois de ce fonds.

(1) En 2013, un prélèvement exceptionnel de 200 millions d'euros avait été opéré au profit de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales afin d'enrayer la dégradation de sa situation financière. Ce prélèvement portait sur 81 % des réserves.

L'importance des réserves avait déjà conduit à prélever une somme de 200 millions d'euros au profit de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

ÉVOLUTION DU TAUX DE CONTRIBUTION EMPLOYEUR AU FEH

Période	Taux de cotisation	Textes juridiques
01/01/1995 au 31/12/1998	0,45 %	décret n° 95-86 du 26 janvier 1995
01/01/1999 au 31/12/1999	0,67 %	décret n° 98-1226 du 29 décembre 1998
01/01/2000 au 31/12/2001	0,80 %	décret n° 2000-23 du 12 janvier 2000
Depuis 01/01/2002	1 %	décret n° 2002-160 du 7 février 2002

Source : rapport annuel FEH 2014.

Le prélèvement proposé par le présent article, portant sur 44 % des réserves du FEH, devrait garantir l'existence d'un fonds de roulement suffisant au bon fonctionnement du FEH.

Ce transfert s'accompagnera parallèlement d'une minoration à due concurrence du montant de la participation de l'assurance maladie obligatoire au FMESPP pour 2016. Le transfert vise, dans le contexte d'une progression de l'ONDAM hospitalier très faible, à alléger la contrainte budgétaire sur les établissements de santé en diminuant les efforts d'économie à faire porter sur les établissements de santé.

Les règles applicables en matière de recouvrement, de contentieux et les garanties concernant ce prélèvement sont régies par l'article L. 137-3 du code de la sécurité sociale. Ce dernier article opère par renvoi aux règles et garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations à la charge des employeurs assises sur les gains et rémunérations de leurs salariés ⁽¹⁾.

*

La Commission adopte l'article 16 sans modification.

(1) Il s'agit des dispositions de l'article L. 133-3 et des chapitres 3 et 4 du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE V

Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie

Article 21

(art. L. 864-1, L. 864-2, L. 865-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Amélioration de la couverture complémentaire santé pour les personnes de plus de 65 ans

Cet article vise à encourager le développement d'une offre d'assurance complémentaire en matière de santé à un coût raisonnable et de qualité pour les personnes de plus de 65 ans. Il institue à cet effet un avantage fiscal pour inciter les organismes complémentaires à présenter des offres susceptibles de répondre à ces critères.

I. LES PERSONNES DE PLUS DE 65 ANS SUPPORTENT UN COÛT D'ACCÈS ÉLEVÉ À L'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

L'article premier de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a prévu de généraliser la couverture complémentaire santé pour l'ensemble des salariés au 1^{er} janvier 2016.

Toutefois, ce dispositif ne répond aucunement aux attentes de deux catégories de personnes : les personnes qui exercent une activité professionnelle à temps très partiel ou en contrat à durée déterminée de très courte durée, d'une part, et les personnes de plus de 65 ans, d'autre part. Ce projet de loi propose d'apporter des réponses à ces situations insatisfaisantes, au présent article s'agissant des personnes de plus de 65 ans et à l'article 22 s'agissant des salariés en contrats « précaires ».

Contrairement à la majorité de la population active, qui sera largement couverte au 1^{er} janvier 2016 par des contrats de complémentaire santé collectifs, la quasi-totalité des personnes de plus de 65 ans sont couvertes par des contrats individuels. Or ces contrats sont tarifés en fonction de l'âge ; le coût de la couverture complémentaire augmente donc proportionnellement à l'avancée en âge.

Selon l'étude d'impact, le coût annuel de la complémentaire santé est compris entre 759 euros et 1312 euros pour une personne de plus de 65 ans, contre 481 euros à 709 euros pour la population globale. La cotisation mensuelle moyenne pour un contrat individuel passe ainsi de 50 euros à l'âge de 40 ans, à 79 euros à 60 ans, et même 96 euros à l'âge de 75 ans. Ces coûts peuvent se révéler prohibitifs pour certaines personnes : en 2012, près de 5% d'entre elles, dont deux tiers de femmes, ne bénéficiaient d'aucune couverture complémentaire santé.

Pour les personnes les plus modestes, deux dispositifs d'aide en matière d'accès à un contrat de complémentaire santé, la couverture maladie universelle

complémentaire (CMU-c) et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), ont été créés.

**La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c)
et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)**

La *couverture maladie universelle complémentaire* (CMU-c) est une protection complémentaire santé gratuite. Elle est attribuée sous conditions de ressources et de résidence stable et régulière en France depuis plus de trois mois. Elle prend en charge le ticket modérateur, les participations forfaitaires ainsi que le forfait journalier en cas d'hospitalisation. Le plafond annuel de ressources pour un bénéficiaire s'élève à 8 644,52 € pour une personne seule et à 12 967 € pour deux personnes.

Les personnes dont les revenus sont modestes mais supérieurs au plafond fixé pour bénéficier de la CMU-c peuvent demander à bénéficier, sous conditions de ressources (jusqu'à 11 670 euros pour une personne seule), de l'*aide à l'acquisition d'une complémentaire santé* (ACS). L'ACS se présente sous la forme d'un chèque santé permettant de souscrire à l'un des dix contrats de protection complémentaire homologués. Ces contrats, offrant chacun trois niveaux de garanties, sont sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence, afin de garantir un niveau de prestations de qualité.

Mais ces aides sont accordées sous condition de revenus, ce qui exclut *de facto* une partie de la population des personnes de plus de 65 ans dont les revenus sont supérieurs aux seuils d'entrée dans ces dispositifs, mais encore trop faibles compte tenu du coût de la souscription d'un contrat individuel. Cet article propose par conséquent un dispositif spécifique visant à améliorer la couverture complémentaire santé des personnes de plus de 65 ans.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le 1^o du I insère un nouveau chapitre IV intitulé « *Dispositions relatives à la couverture complémentaire santé des personnes de plus de 65 ans* » au sein du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale. Le chapitre IV comporte deux articles L. 864-1 et L. 864-2.

Les anciennes versions du chapitre IV et de l'article L. 864-1 sont transformés en chapitre V et en article L. 865-1 nouveaux par le 2^o du I.

A. LES MODALITÉS DE LA PROCÉDURE DE MISE EN CONCURRENCE

L'article L. 864-2 propose de soumettre à une procédure de mise en concurrence les contrats individuels ou les contrats collectifs facultatifs⁽¹⁾ d'assurance complémentaire santé pour les personnes de plus de 65 ans, afin d'améliorer le rapport qualité-prix de ces contrats et ainsi étendre la couverture à l'ensemble de ces personnes.

(1) C'est-à-dire les contrats collectifs qui ne sont pas conclus par les entreprises dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé prévue au 1^{er} janvier 2016.

Les offres seront analysées principalement selon deux types de critères :

- d’une part, un critère « *prépondérant* » de montant des primes ;
- d’autre part, des critères « *relatifs à la qualité de service* ».

En outre, les offres devront respecter les conditions fixées à l’article L. 871-1 du même code qui fixe les critères applicables aux contrats dits « responsables ».

Les « contrats responsables » (art. L. 871-1 du code de la sécurité sociale)

Les contrats de complémentaire santé sont qualifiés de « responsables » lorsqu’ils respectent un cahier des charges précis. Ils doivent notamment garantir un bon niveau de couverture pour les dépenses de santé les plus courantes, et adopter un comportement « responsable », en incitant par exemple les assurés à respecter le parcours de soins coordonné ou en décourageant les consultations chez les professionnels de santé pratiquant d’importants dépassements d’honoraires.

La conformité des contrats de complémentaire santé avec les règles fixées à l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale permet à l’employeur, à l’assuré et à la mutuelle de bénéficier de certains avantages fiscaux et sociaux.

Un décret en Conseil d’État devra préciser, « *dans le respect des principes de transparence, d’objectivité et de non-discrimination* », les modalités de la mise en concurrence et notamment :

- les règles permettant de garantir une publicité préalable suffisante ;
- les conditions de recevabilité et d’éligibilité des candidatures ;
- les critères de sélection des offres ;
- ainsi que les niveaux de prise en charge des dépenses entrant dans le champ des garanties de qualité de service.

Il est précisé que la liste des offres sélectionnées est rendue publique.

Comme le rappelle l’exposé des motifs, une telle procédure de mise en concurrence a déjà été mise en place pour les contrats éligibles à l’ACS par la loi de financement pour 2014⁽¹⁾. Toutefois, selon les informations transmises à la rapporteure, la procédure retenue dans cet article se distingue de celle mise en place pour l’ACS, qui ne retenait qu’un nombre limité d’offres : l’ensemble des offres qui répondront aux critères fixés en termes de coût des primes et de qualité des contrats seront sélectionnées.

La rapporteure s’interroge sur la pertinence de la prépondérance du critère de prix dans la procédure de sélection des offres. En effet, les personnes âgées

(1) Loi n°2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014.

doivent pouvoir bénéficier, au même titre que l'ensemble de la population, de prestations de qualité et de remboursements assurant une couverture complémentaire satisfaisante. Si le critère de prix doit évidemment guider la sélection – car l'objectif premier de cet article est de garantir un accès à la couverture complémentaire à tous les âges de la vie –, la qualité des prestations pour un niveau de prix donné ne doit pas être négligée.

B. UN CRÉDIT D'IMPÔT POUR LES CONTRATS D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE DES PERSONNES DE PLUS DE 65 ANS

L'article L. 864-1 crée ensuite un crédit d'impôt sur la taxe de solidarité additionnelle prévue à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

**La taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé
(art. L. 862-4 du code de la sécurité sociale)**

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) a institué à la charge des organismes complémentaires de couverture maladie une contribution assise sur le montant des primes ou cotisations hors taxes.

Transformée en taxe par la loi de finances pour 2011, la taxe de solidarité additionnelle (TSA) est assise sur le montant des primes ou cotisations émises au titre de la période couverte par la garantie, nettes d'annulations ou de remboursements. Les primes concernées sont celles qui sont destinées au financement de l'ensemble des remboursements de soins de santé et qui ne sont pas pris en charge légalement par un régime obligatoire d'assurance maladie.

Le bénéfice de ce crédit d'impôt serait accordé pour les contrats d'assurance complémentaire individuels ou les contrats collectifs facultatifs d'assurance complémentaire – si toutefois l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture –, sous réserve que ces contrats aient été sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence précédemment décrite. Le montant de ce crédit s'élèverait à 2% des primes annuelles.

Un décret en Conseil d'État doit définir « *les modalités de l'imputation de ce crédit* ». Il est enfin précisé que le crédit d'impôt n'est pas cumulable avec les dispositions des articles L. 861-1 et L. 863-1 du même code, qui sont relatives respectivement à la protection complémentaire en matière de santé (CMU complémentaire) et à l'aide à l'acquisition d'une couverture santé complémentaire (ACS).

Il convient de souligner que ni l'étude d'impact, ni le dispositif de l'article ne précisent à qui bénéficie le crédit d'impôt. Selon les informations transmises à la rapporteure, les bénéficiaires de cet avantage fiscal seraient les organismes complémentaires eux-mêmes, et non les personnes âgées.

Ce mécanisme a donc davantage vocation à encourager les organismes complémentaires à proposer des offres éligibles au terme de la procédure de mise

en concurrence à un prix raisonnable, qu'à aider concrètement les personnes de plus de 65 ans à s'acquitter du paiement de leur complémentaire santé. Notons que rien n'oblige les organismes complémentaires à reporter intégralement la moindre dépense de 2 % sur les contrats souscrits par les personnes de plus de 65 ans, mais la prise en compte du montant des primes lors de la procédure de mise en concurrence peut les inciter à le faire.

Selon l'étude d'impact, le coût du crédit d'impôt serait partiellement compensé par la souscription de nouveaux contrats par des personnes non couvertes à ce jour par une complémentaire santé. En faisant l'hypothèse d'une baisse de 10 % des prix des contrats et d'un taux de recours au dispositif de 35 %, ce coût s'élèverait tout de même à 104 millions d'euros en année pleine.

C. L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU DISPOSITIF

Le **II** précise que les articles L. 864-1 et L. 864-2 nouvellement créés ne s'appliqueront qu'aux contrats conclus à compter du 1^{er} avril 2017.

*

La Commission des affaires sociales a adopté deux amendements identiques présentés respectivement par la rapporteure et par M. Gérard Bapt, pour le groupe Socialiste, républicain et citoyen, visant à clarifier et à améliorer la rédaction de l'article 21. Ces amendements précisent notamment que le montant des primes est apprécié au regard des garanties offertes par le contrat proposé. Est introduite également une disposition permettant d'écarter une offre dont le montant des primes serait anormalement bas.

*

La Commission examine l'amendement AS16 de M. Dominique Tian tendant à supprimer l'article.

M. Jean-Pierre Barbier. Quoiqu'il procède de bonnes intentions, l'article 21 du PLFSS est très contesté, et un examen attentif révèle qu'il est effectivement très contestable.

Nous nous réjouissons, bien sûr, de l'universalité de la sécurité sociale, dont nous célébrons les soixante-dix ans, mais cet article provoque une véritable segmentation de la protection sociale.

Aujourd'hui, il existe déjà huit dispositifs pour permettre aux personnes âgées de plus de 65 ans d'accéder à une couverture complémentaire santé. En outre, par cet article qui fait surtout référence au prix et peu à la qualité des contrats, vous ouvrez le champ de la protection sociale à des opérateurs qui peuvent être des banquiers sans connaissance réelle et donnez le sentiment de casser cet esprit de mutualisation et de solidarité qui anime les mutuelles. Ces opérateurs peuvent ne proposer qu'une offre à moindre coût. Il faut alors regarder

quel service est apporté : on peut craindre qu'il y ait beaucoup moins de prévention ou que ne soient couverts que les gros risques. Ainsi, cette couverture complémentaire pour les plus de 65 ans ne permettrait pas aux gens de se soigner dans de très bonnes conditions.

C'est pourquoi nous présentons cet amendement de suppression, d'autant plus qu'aucune étude d'impact n'a été réalisée et que l'élaboration de ce dispositif par le Gouvernement n'a été précédée d'aucune concertation, ce que nous pouvons également regretter.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je suis très défavorable à cet amendement de suppression.

Dans le cadre de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, les partenaires sociaux ont souhaité généraliser l'accès de la couverture complémentaire en matière de santé. Il a été décidé de généraliser la couverture santé des salariés à compter du 1^{er} janvier prochain, mais les personnes âgées de plus de 65 ans restent hors du champ de ce dispositif. C'est d'autant plus regrettable que ce sont elles qui ont le plus besoin de soins, ce sont donc elles qui ont le plus grand besoin d'une complémentaire santé.

Le montant des contrats individuels est majoré, jusqu'à 150 %, par rapport aux contrats souscrits pendant la période d'activité, en particulier parce que l'employeur ne participe plus. Quant à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide à la complémentaire santé (ACS), qui permettent aux plus modestes d'accéder à la complémentaire santé, ces dispositifs sont soumis à des conditions de ressources, et ils ne répondent pas aux besoins spécifiques des personnes âgées.

Nous pourrions accepter ce *statu quo*, mais ce sont 5 % des personnes âgées – le chiffre est parfaitement connu – qui n'ont pas de complémentaire santé, et cette proportion augmente avec l'âge... alors que les besoins augmentent aussi. Nous pouvons, au contraire, développer une offre spécifique, sans déstabiliser l'ensemble des dispositifs existant ; c'est précisément l'objet de l'article 21.

L'emploi du terme « prépondérant » est effectivement inopportun. Après concertation avec Mme la ministre, nous vous proposerons une nouvelle rédaction, pour que le prix soit considéré au regard d'un panier de services. Cela nous permettra de juger de la qualité des services rendus et d'éviter des propositions *low cost*.

M. Élie Aboud. Je compléterai le propos de M. Barbier. Il s'agirait, en l'occurrence, d'instaurer un énième dispositif, alors que nous demandons, pour notre part, une remise à plat qui mette un terme à toute cette confusion.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT-MP). Puisque nous nous inspirons un petit peu de ce qui existe dans la loi sur la sécurisation de l'emploi, n'oublions pas que le

dispositif qu'elle instaure ne couvre pas les prothèses auditives. Or celles-ci coûtent excessivement cher. À l'heure du vieillissement de la population, j'espère que les prothèses auditives seront couvertes par ces complémentaires santé.

M. Bernard Accoyer. En réalité, cher Denis Jacquat, c'est le régime obligatoire qui ne rembourse pas les prothèses auditives à un niveau décent. Le problème n'est donc pas tant celui de la couverture complémentaire.

Les dispositions de l'article 21 posent un problème très simple : qui va payer ? Évidemment, ce sont les autres générations, c'est-à-dire les employeurs et également les salariés qui paieront, dans la mesure où l'avantage lié à cette cotisation se répercute dans le calcul de leur fiscalité, de leurs charges sociales.

Encore une fois, le Gouvernement instaure un dispositif sans l'avoir correctement évalué – il n'y a pas d'étude d'impact digne de ce nom. Encore une fois, ce sont d'autres qui paieront.

La Commission rejette l'amendement.

Puis la Commission examine les amendements identiques AS392 de la rapporteure Michèle Delaunay et AS267 du rapporteur Gérard Bapt.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'amendement AS392 vise à améliorer et à clarifier la rédaction de cet article.

La rédaction actuelle de cet article prévoit que les offres seront sélectionnées selon deux types de critères : un critère, « prépondérant », de montant des primes et des critères relatifs à la qualité de service. Le mot « prépondérant » a suscité un débat, à juste titre. Je propose de le supprimer, et de préciser que le montant des primes est apprécié au regard des garanties offertes par le contrat proposé – ce sera l'occasion de tenir compte de la remarque de M. Jacquat sur la prise en charge des prothèses auditives.

En outre, en vertu de cet amendement, une offre dont le montant des primes serait anormalement bas, une offre de pur *dumping*, pourra être écartée. Ainsi, nous pourrions nous assurer que le niveau de couverture complémentaire est durablement suffisant.

En ce qui concerne le crédit d'impôt de 2 % dont peuvent bénéficier les organismes complémentaires assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, et non les personnes, l'amendement apporte une clarification rédactionnelle bienvenue.

Enfin, il est proposé de supprimer les termes de « mise en concurrence » puisque la procédure proposée consiste à sélectionner toutes les offres répondant aux critères mentionnés aux articles L. 864-1 et L. 864-2 du code de la sécurité sociale.

Je suppose que cet amendement répond aux réserves formulées précédemment.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je défends l'amendement identique AS267 au nom du groupe SRC. L'objectif visé n'est pas tant d'accorder un avantage fiscal à certains organismes dont les offres répondraient à des critères à la fois de prix et de qualité que de permettre à des personnes âgées de plus de 65 ans d'accéder à des contrats de couverture complémentaire à un coût moindre que celui aujourd'hui proposé par le marché.

Il est important d'éviter que le critère de prix soit prépondérant pour prévenir toute action de dumping. Des organismes qui ne sont que marginalement concernés par les contrats individuels auraient pu, à la faveur d'une baisse illégitime du prix, élargir leur marché en y intégrant d'autres éléments de prévoyance, que peuvent proposer des assurances ou des instituts de prévoyance. Voilà pourquoi le groupe socialiste s'associe pleinement à la démarche de Mme la rapporteure Michèle Delaunay.

M. Bernard Accoyer. Je m'étonne que notre rapporteure, qui doit partager le même souci de maîtrise des coûts du régime obligatoire et des régimes complémentaires que le Gouvernement, propose de supprimer le mot « prépondérant » du montant. Même si l'évaluation de tout cela ne semble guère précise, cela coûterait, dès la première année, 104 millions d'euros et, au bout de dix ans, 1 milliard d'euros. Je veux bien que le mot « argent » soit un gros mot, mais, réunis pour examiner le projet de loi de financement de la sécurité sociale, nous devons précisément nous pencher sur le coût de la dispensation des soins.

En outre, enlever les mots « mise en concurrence », c'est faire preuve d'un dogmatisme et d'un idéalisme qui témoignent d'une déconnexion des réalités. La question des coûts se pose de la même façon qu'il s'agisse du régime obligatoire ou des régimes complémentaires, puisque, de toute façon, ce sont les Français qui financent tout cela.

La Commission adopte ces amendements.

En conséquence, les amendements AS158 de M. Jean-Pierre Door, AS324 et AS323 de M. Francis Vercamer, ainsi que AS161 de M. Jean-Pierre Door tombent.

La Commission adopte l'article 21 modifié.

Article 22

(art. L. 242-1, L. 911-7 et L. 911-17-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale, art. 1^{er} de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi)

Adaptation de la généralisation de la couverture complémentaire en matière de frais de santé pour les contrats courts et les temps très partiels

L'article 22 vise à faciliter l'accès à la complémentaire santé pour les salariés exerçant une activité professionnelle en contrat à durée déterminée (CDD)

de très courte durée, ou avec une très faible quotité horaire, ainsi que pour les salariés travaillant pour le compte de plusieurs employeurs.

Par dérogation à la généralisation de la couverture complémentaire collective en matière de santé prévue par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, cet article définit les conditions dérogatoires selon lesquelles ces salariés peuvent être dispensés de l'affiliation au contrat collectif obligatoire. Il crée également une contribution à la charge de l'employeur destinée spécifiquement au financement de la couverture complémentaire individuelle du salarié.

I. LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE COLLECTIVE EN MATIÈRE DE SANTÉ EST INADAPTÉE POUR CERTAINES CATÉGORIES DE TRAVAILLEURS

Prenant acte de la volonté des partenaires sociaux traduite dans l'accord national interprofessionnel (ANI) signé le 11 janvier 2013, l'article premier de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi a prévu la généralisation de la couverture complémentaire en matière de santé pour l'ensemble des salariés.

Les enjeux de cette généralisation étaient importants : il s'agissait de permettre l'accès de tous les salariés à une couverture complémentaire collective, financée au moins pour moitié par l'employeur, alors que seuls 44% des Français étaient couverts par de tels contrats collectifs en 2012 ⁽¹⁾.

La généralisation de la couverture complémentaire collective santé doit être effective au 1^{er} janvier 2016 : à cette date, l'ensemble des salariés devront être couverts.

Toutefois, la modalité consistant à attacher la couverture complémentaire du salarié au contrat collectif sélectionné par l'employeur peut s'avérer inadaptée à la situation de certains salariés, en particulier en cas de contrats à durée déterminée (CDD) très courts ou ayant une très faible quotité de travail, ou lorsqu'ils relèvent successivement ou dans le même temps de plusieurs employeurs.

Dans de telles hypothèses, une couverture attachée à l'employeur pourrait contraindre ces salariés à changer très fréquemment d'assurance complémentaire. Ce qui est évidemment préjudiciable à la continuité de la prise en charge des frais de santé, ainsi que le rappelle le récent rapport de M. Dominique Libault ⁽²⁾ : « *de toute évidence une protection sociale effective en maladie et encore plus en prévoyance exige une continuité et une stabilité minimale de la relation entre*

(1) *Rapport de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur le projet de loi relatif à la sécurisation de l'emploi, n°847, mars 2013, session 2012-2013, XIV^e législature.*

(2) « *Rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective* », établi par M. Dominique Libault, septembre 2015.

l'assuré et l'assureur incompatible avec le risque de changement d'assureur à chaque contrat pour les salariés en CDD ».

L'alternative prévue par l'article premier de la loi du 14 juin 2013 consistant, pour ces salariés, à se faire dispenser d'adhésion au contrat collectif pour préférer une couverture individuelle est financièrement très coûteuse, car non seulement les contrats de complémentaire santé individuels sont en moyenne plus onéreux que les contrats collectifs ⁽¹⁾, avec de moindres garanties, mais l'intéressé perd de surcroît le bénéfice de la participation que l'employeur a l'obligation de verser aux salariés adhérant au contrat collectif.

Pour les salariés exerçant une activité professionnelle chez plusieurs employeurs, la question de l'adhésion à un contrat collectif se pose tout autant : la multi-adhésion aux contrats collectifs proposés par chacun de ces employeurs entraînerait des cotisations supplémentaires et des prestations inutilement redondantes.

Le mécanisme des clauses de désignation prévu à l'article premier de la loi de sécurisation de l'emploi aurait pu permettre, selon M. Libault, de contourner cette difficulté grâce à la possibilité *« d'organiser à l'intérieur des branches les conditions de couverture des salariés en situation de multi-employeurs »* en confiant la couverture de l'ensemble des salariés à un opérateur unique chargé d'organiser la collecte des cotisations et d'assurer l'effectivité des prestations. Mais ce mécanisme a été censuré par le Conseil constitutionnel, estimant qu'il était contraire à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle. Selon l'interprétation du Conseil constitutionnel ⁽²⁾, ces clauses auraient conduit à ce que toutes les entreprises qui appartiennent à une même branche professionnelle se voient imposer *« non seulement le prix et les modalités de la protection complémentaire, mais également le choix de l'organisme de prévoyance chargé d'assurer cette protection »*.

Dans ce contexte, moins de trois mois avant l'entrée en vigueur de la généralisation de la couverture complémentaire collective, il est évident que la protection des salariés les plus précaires ne sera pas assurée dans des conditions satisfaisantes. C'est pourquoi cet article propose de réformer, pour ces salariés, les conditions d'accès à la couverture complémentaire santé.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le **III** de l'article 22 crée un article L. 911-7-1 dans le code de la sécurité sociale, qui a vocation à définir, comme le précise son I, les conditions de l'accès à la couverture complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une

(1) DREES « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009 », *Études et résultats* n°789, février 2012.

(2) *Commentaire de la décision n°2013-672 DC du 13 juin 2013.*

maternité ou un accident, pour les salariés en contrats très courts ou à temps très partiel.

Le premier alinéa du II de l'article L. 911-7-1 précise le champ de l'article : sont concernés les salariés « dont la durée du contrat ou la durée du travail prévue par celui-ci est inférieure à des seuils définis par décret ».

- *Les conditions de dispense d'affiliation au contrat collectif*

La loi du 14 juin 2013 précitée a défini deux conditions alternatives permettant à un salarié de demander, par dérogation aux règles fixées à l'article L. 911-7 et selon des règles fixées par décret, à être dispensé de l'affiliation obligatoire à la couverture complémentaire collective proposée par l'employeur.

En premier lieu, la dispense peut être accordée à certains salariés « eu égard à la nature et aux caractéristiques de leur contrat de travail ». C'est précisément les modalités de cette dispense qui sont définies au nouvel article L. 911-7-1 inséré par le III. En conséquence, le 1° et le 3° du II abrogent les références à cette dispense et le 4° du I renvoie à ce nouvel article la définition des modalités de la dispense.

En second lieu, la dispense peut être accordée aux salariés qui disposeraient déjà par ailleurs d'une couverture complémentaire. Compte tenu de la suppression de cette mention par le 1° du I, le 4° du I rappelle qu'un décret doit fixer les catégories de salariés pouvant demander une dispense pour de telles raisons.

- *La contribution de l'employeur*

Lorsqu'ils demanderont à être dispensés de l'affiliation au contrat collectif afin de souscrire une assurance individuelle, l'employeur sera tenu de verser à ces salariés, à leur initiative, une contribution afin de les aider à financer une partie du coût de la complémentaire santé individuelle. Cette somme, qui doit être en rapport avec celle que l'employeur aurait consacré à la couverture de son salarié s'il avait adhéré à la couverture collective proposée par l'entreprise, se substitue et ne peut se cumuler à cette dernière.

Les conditions de l'octroi de cette contribution sont définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 911-7-1. Le salarié qui sollicite le versement de l'employeur doit au préalable être couvert, à titre individuel, par un contrat d'assurance complémentaire dit « responsable », conformément aux critères fixés à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾. La copie du contrat doit être jointe à la demande de l'intéressé.

Pour les salariés exerçant une activité professionnelle chez plusieurs employeurs, la demande devra être renouvelée auprès de chaque employeur ; le

(1) Cf. commentaire de l'article 21.

montant de la contribution accordée sera déterminé au prorata du temps passé dans l'entreprise.

La contribution de l'employeur ne peut être cumulée avec :

– la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) définie à l'article L. 861-3 ;

– l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L. 863-1 ;

– toute couverture complémentaire donnant lieu à la participation financière d'une collectivité publique.

Le dernier alinéa du II de l'article L. 911-7-1 propose de renvoyer à un décret le soin de définir les modalités de fixation du montant de cette contribution, qui doit être établie en fonction de la durée du contrat et de la durée de travail du salarié.

Selon les informations transmises à la rapporteure, un troisième critère viendra pondérer le montant du versement fixé par décret : il s'agit d'une majoration visant à compenser l'absence de portabilité du versement de l'employeur à la fin du contrat de travail. Les salariés ayant souscrit un contrat collectif obligatoire ont en effet droit à la portabilité de leur contrat au titre de l'article L. 911-8 du même code.

- *Les dérogations aux seuils fixés par décret*

Le III de l'article L. 911-7-1 définit ensuite les modalités selon lesquelles un accord peut déroger aux seuils fixant la durée du contrat ou la durée du travail afin de permettre à certaines entreprises voire à certaines branches au sein desquelles les rythmes de travail sont très atypiques de mettre en place le versement destiné au financement d'une couverture complémentaire individuelle en lieu et place d'une couverture collective.

Le premier alinéa du III de l'article L. 911-7-1 dispose ainsi qu'un accord de branche peut prévoir pour certaines catégories de salariés, dont la quotité horaire de travail ou la durée de leur contrat de travail est inférieure aux seuils qu'il fixe, une dispense de la couverture collective obligatoire. Les salariés concernés bénéficieraient, en contrepartie, du versement de l'employeur, sous réserve d'avoir souscrit à titre individuel à une couverture complémentaire.

Le seuil fixé par l'accord devrait toutefois respecter un plafond fixé par voie réglementaire qui pourrait être, selon l'étude d'impact, de « *trois mois* » pour la durée des contrats à durée déterminée, ou de « *quinze heures de travail hebdomadaire* ».

À défaut d'accord de branche, ou lorsque ce dernier l'autorise, un accord d'entreprise pourrait prévoir de telles dérogations, sous réserve du plafond fixé par décret.

- *Dispositions de coordination*

La création du dispositif dérogatoire de versement d'une contribution de l'employeur afin de faciliter le financement d'une complémentaire santé individuelle par les salariés implique d'abroger certaines dispositions issues de la loi relative à la sécurisation de l'emploi.

Le **IV** abroge ainsi le 4° du A du I de l'article 1^{er} de la loi du 14 juin 2013 qui proposait de soumettre à la négociation collective qui devait être engagée avant le 1^{er} juin 2013 la question de la situation des salariés en contrats à durée déterminée très courts ou à faible quotité horaire.

Les modifications proposées à l'article L. 911-7-1 appellent par ailleurs deux dispositions de coordination à l'article L. 911-7 : le 2° du **II** apporte une précision sur la nature de la couverture tandis que le 5° du **II** crée un IV et déplace à la fin de l'article la dernière phrase du sixième alinéa relative à l'adaptation de l'article L. 911-7 pour les salariés relevant du régime local d'assurance maladie complémentaire applicable en Alsace-Moselle.

Enfin, le **I** apporte une précision à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

- *Entrée en vigueur*

Le **V** prévoit une entrée en vigueur de l'article 22 au 1^{er} janvier 2016, soit en même temps que la généralisation de la couverture collective obligatoire.

*

La Commission examine l'amendement AS17 de M. Dominique Tian de suppression de l'article.

M. Jean-Pierre Barbier. Cet amendement a pour objet de supprimer l'article 22, qui prévoit la création d'une aide individuelle de l'employeur destinée à l'acquisition par les salariés précaires d'une complémentaire santé. Une nouvelle fois, il s'agit d'ajouter des dispositifs aux dispositifs. Ainsi, après l'adoption, l'an dernier, d'un dispositif permettant à tout salarié de bénéficier d'une mutuelle, est instauré un dispositif spécifique au profit des salariés précaires.

Cela pose tout d'abord la question – soulevée par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) – de la segmentation des offres en fonction des publics différents.

Cela pose aussi la question de la soutenabilité économique de tout cela. Le propre d'un salarié précaire est que son emploi est menacé ; son employeur peut le licencier pour des raisons diverses et variées. Si vous alourdissez les charges payées par un employeur pour un salarié précaire, ne risquez-vous pas d'aggraver encore la précarité de la situation de ce dernier ? N'avez-vous pas peur que des employeurs ne se défassent des salariés concernés ? Il faut se poser la question. Bien sûr, l'intention est louable, et je ne la conteste pas. En revanche, les conséquences risquent d'être dramatiques pour ces travailleurs qui risquent de perdre leur emploi parce qu'on aura trop augmenté les charges payées par leurs employeurs.

Mme Michèle Delaunay, rapporteur. Je ne peux qu'être défavorable à cet amendement. Vous le savez, la loi de sécurisation de l'emploi 2013 ne couvre pas de manière satisfaisante l'ensemble des salariés. Je songe en particulier à ceux dont le contrat de travail est d'une durée très courte. Le contrat collectif apparaît d'un montant trop élevé et ils peuvent ainsi être amenés à se dispenser de le payer. Ils se dispensent donc de couverture complémentaire sans contrepartie ou, quelquefois, changent très fréquemment d'assurance complémentaire.

Le dispositif proposé facilite la dispense d'affiliation au contrat collectif quand celui-ci paraît trop cher, en contrepartie d'une contribution de l'employeur dont le montant dépendra notamment de la durée du contrat et de la durée de travail prévue par celui-ci.

Il est assez urgent de prendre cette mesure. Si nous ne le faisons pas, de nombreux salariés risquent, à compter du 1^{er} janvier 2016, de ne pas être couverts par une complémentaire santé, et pas forcément ceux qui en ont le moins besoin.

M. Jean-Pierre Barbier. Je rappellerai simplement qu'une mesure avait été prise pour taxer des contrats à durée déterminée. Vous souhaitez que leur fussent préférés des contrats à durée indéterminée. Or un certain nombre de contrats à durée déterminée n'ont pas été renouvelés, ou conclus, à cause de cette taxation. J'appelle votre attention sur ce point. Il ne faudrait pas rendre la situation de ces travailleurs encore plus précaire qu'elle n'est, ni leur faire perdre leur emploi.

M. Bernard Accoyer. Depuis 2012, la priorité affichée du Gouvernement, dans le droit fil de la campagne de François Hollande, est la lutte contre le chômage. En l'occurrence, vous l'oubliez quelque peu, puisque vous alourdissez les charges, ce qui ne peut que nuire à l'emploi et aggraver le problème du chômage. Il n'y a donc aucune logique dans cette disposition. Supprimons-la.

La Commission rejette l'amendement.

Puis la Commission examine les amendements identiques AS160 de M. Jean-Pierre Door et AS373 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Je retire mon amendement AS373 pour me rallier à l'amendement AS160.

Par cet article 22, le Gouvernement crée un mécanisme prévoyant le versement par l'employeur d'une aide financière pour l'acquisition par le salarié d'une complémentaire santé quand il ne bénéficie pas de la couverture collective d'entreprise ou d'un dispositif d'aide publique à la complémentaire santé. La gestion d'un tel dispositif peut se révéler complexe pour de petites entreprises ainsi que pour les salariés bénéficiant de contrats de courte durée. De plus, il risque d'entraîner un surenchérissement du coût de la complémentaire santé pour les salariés les plus précaires qui auront fait le choix de s'orienter vers une couverture individuelle nécessairement plus coûteuse. Il vous est donc proposé de reporter au 1^{er} janvier 2017 l'entrée en vigueur l'ensemble du dispositif et de prévoir, par accord de branche, une adhésion obligatoire des salariés précaires.

L'amendement AS373 est retiré.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Tout d'abord, cet amendement fait référence à un « accord de branche » qui figurerait au IV de l'article L. 911-7. Or celui-ci ne mentionne aucun accord de ce type. Le dispositif ne tient donc pas.

Sur le fond, cet amendement propose qu'un accord de branche puisse prévoir l'adhésion obligatoire des salariés en contrat précaire au contrat collectif proposé par l'employeur. On saisit assez mal l'intérêt de cette démarche, puisque la loi prévoit déjà que c'est bien l'obligation de proposer à ses salariés une offre de complémentaire santé collective qui prévaudra à compter du 1^{er} janvier 2016. Il n'est donc pas nécessaire de prévoir qu'un accord collectif peut imposer aux salariés d'une branche de souscrire à un contrat collectif.

En revanche, le dispositif actuel ne prévoit rien pour certains salariés en contrat précaire, en particulier pour ceux qui exercent une activité auprès de plusieurs employeurs. La logique de l'article 22 n'est donc en aucun cas d'inciter les salariés à se dispenser du contrat collectif proposé par l'employeur, elle est de proposer une solution – de rattrapage, en quelque sorte – lorsque le contrat collectif n'est pas adapté.

La Commission rejette l'amendement AS160.

Elle en vient ensuite aux amendements identiques AS228 de M. Jean-Pierre Door et AS384 de M. Gilles Lurton.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement a pour objet d'insérer l'alinéa suivant : « Un accord de branche peut déroger aux dispositions prévues au présent article en prévoyant la couverture des risques à titre obligatoire pour l'ensemble des salariés, quelles que soient la nature et la durée du contrat. ».

Il s'agit également de reporter l'entrée en vigueur de l'ensemble du dispositif au 1^{er} janvier 2017.

L'amendement AS384 est retiré.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'inutilité d'un accord collectif est déjà établie, et le caractère obligatoire peut entraîner le fait que les propositions ne soient pas adaptées. Pour cette même raison, je n'y suis pas favorable.

Je ne suis pas favorable non plus au report de la date d'entrée en vigueur du dispositif, qui ajouterait de la complexité. En outre, la souscription d'un contrat est assez urgente.

La Commission rejette l'amendement AS228.

Puis elle examine les amendements identiques AS230 de M. Jean-Pierre Door et AS372 de M. Gilles Lurton.

M. Jean-Pierre Barbier. Par l'amendement AS230, nous proposons de déroger aux dispositions du présent article par accords de branche prévoyant une affiliation obligatoire et collective pour l'ensemble des salariés présents dans l'entreprise quelles que soient la nature et la durée du contrat.

L'article 22 prévoit le versement d'une aide individuelle par l'employeur, destinée à l'acquisition d'une complémentaire santé par les salariés précaires ne bénéficiant pas de la couverture collective d'entreprise. Je ne peux que répéter les arguments développés tout à l'heure : c'est vraiment dangereux.

Nous proposons donc de repousser l'entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} janvier 2017.

L'amendement AS372 est retiré.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je suis défavorable à l'amendement AS230. Tous les organismes que j'ai auditionnés ont insisté sur le fait qu'il est urgent de remédier à ce qu'ils appellent les « trous dans la raquette ». Je suis cependant sensible à l'argument selon lequel il sera difficile pour certaines branches de conclure un accord entre la date de promulgation de la loi et le 1^{er} janvier 2016. Je proposerai donc, en séance publique, un amendement dont l'objet sera de permettre à l'employeur de décider de manière unilatérale de dispenser les salariés de la couverture complémentaire collective pendant un an, à titre transitoire, en attendant l'accord de branche, tout en leur garantissant les contreparties prévues.

M. Jean-Pierre Barbier. Bien sûr, madame la rapporteure, les organismes auditionnés peuvent être favorables à cette mesure, dont le but – nul ne le conteste – est louable, mais avez-vous auditionné les représentants des employeurs ?

Par ailleurs, je n'ai pas très bien compris de quelles contreparties il s'agit.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Il s'agit de contreparties financières.

La Commission rejette l'amendement AS230.

Puis elle adopte l'article 22 sans modification.

Article additionnel après l'article 22

Rapport sur la complémentaire santé des salariés de particuliers employeurs

À l'initiative de la rapporteure, la Commission des affaires sociales a adopté un amendement demandant la remise d'un rapport au Parlement, avant le 1^{er} juillet 2016, sur la question de la couverture complémentaire santé des salariés de particuliers employeurs. Ce rapport devra étudier, notamment, les modalités de prise en charge partielle du coût de la complémentaire santé par le particulier employeur ou par un fonds dédié.

*

La Commission examine l'amendement AS393 de la rapporteure Michèle Delaunay.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Portant sur les entreprises, les articles précédents laissent de côté les particuliers employeurs. Malheureusement, dans bien des cas, leurs salariés ne sont pas éligibles aux dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS et CMU-C) et il ne leur est pas facile de souscrire à une complémentaire santé.

Je souhaite donc que soit établi un rapport permettant d'étudier une généralisation de la couverture complémentaire, qui serait étendue aux salariés de particuliers employeurs.

M. Jean-Pierre Barbier. Nous parlions tout à l'heure du travail au noir des salariés à domicile. Continuez à instaurer de tels dispositifs, continuez à renchérir le coût du travail à domicile et le travail au noir se développera encore un peu plus !

Tout cela n'est pas favorable à l'emploi, et vous allez aggraver la situation de travailleurs précaires en les contraignant au travail au noir. C'est suicidaire !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Tout d'abord, monsieur Barbier, il ne s'agit, pour l'heure, que de prévoir un rapport, ce qui ne renchérît aucun coût. Ensuite, vous nous reprochez habituellement de ne pas faire d'évaluation. Eh bien, en voici une ! Elle permettra de connaître la situation des salariés et des particuliers employeurs.

M. Jean-Pierre Barbier. On la connaît déjà !

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Non, monsieur, on ne la connaît pas, et on ne sait pas quel serait l'impact du dispositif sur le coût salarial. Nous ne savons pas non plus combien de salariés ne bénéficient pas de l'ACS ou de la CMU-C parce qu'ils font trop d'heures. Nous arrivons à pénaliser les salariés de particuliers employeurs qui, pour vivre, travaillent un nombre important d'heures. C'est là une injustice fondamentale, dont je demande qu'elle soit analysée. On ne peut pas laisser une partie de la population hors de notre champ. Il faut trouver des solutions.

Vous vous souciez de ne pas augmenter le coût de revient horaire de ces salariés. Cependant, il ne s'agit pas de ne prendre en compte que les employeurs ! Il ne peut pas y avoir un « trou dans la raquette » au détriment de salariés de particuliers employeurs qui sont trop énergiques et trop volontaires et qui font un nombre d'heures important. Nous ne saurions fermer les yeux sur ce problème. Je vous propose donc de l'examiner, et nous déciderons ensuite ensemble.

La Commission adopte l'amendement.

Article 23

(art. 4 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014)

Prorogation d'un an de la contribution des organismes assurant la couverture complémentaire en santé prévue à l'avenant n° 8 de la convention médicale

Cet article vise à proroger d'un an la contribution des organismes assurant la couverture complémentaire en matière de santé, destinée au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins.

L'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, dite « convention médicale », signé le 26 juillet 2011, a prévu la participation des organismes complémentaires « *au développement des nouveaux modes de rémunération* » des médecins, en complément du financement prévu par l'assurance maladie obligatoire.

La contribution des organismes assurant la couverture complémentaire santé prévue à l'avenant n° 8 de la convention médicale

La contribution prend la forme d'une participation due par chaque organisme complémentaire en activité au 31 décembre de l'année civile en cours (année N).

La contribution est égale au produit d'un forfait annuel et du nombre d'assurés et ayants droit couverts par cet organisme qui ont bénéficié, au cours de l'année N-1, d'au moins une consultation ou d'une visite auprès de leur médecin traitant ayant donné lieu à la prise en charge du ticket modérateur par l'organisme complémentaire.

Le montant du forfait annuel est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Il est égal au rapport entre le montant de 150 millions d'euros (correspondant à l'engagement financier annuel des organismes complémentaires prévu à l'avenant 8) et le nombre d'assurés et ayants droit remplissant les conditions définies ci-dessus.

À cet effet, l'article 4 de la loi de financement pour 2014 a instauré au titre des années 2013 à 2015 une contribution des organismes complémentaires plafonnée à 150 millions d'euros, due au 31 décembre de chaque année. Or le terme de la convention médicale n'interviendra qu'au second trimestre de l'année 2016, d'où la prorogation d'un an proposée par l'article 23.

*

La Commission examine l'amendement AS18 de M. Dominique Tian tendant à supprimer l'article.

M. Jean-Pierre Barbier. Par cet article, il est prévu de proroger jusqu'au terme de la convention médicale en 2016 la participation transitoire des organismes complémentaires au « forfait médecin traitant » (FMT) pour un montant de 150 millions d'euros. Or, issue de la LFSS pour 2014, cette contribution au FMT s'est transformée en un dispositif parafiscal et est devenue un sujet de litige entre les pouvoirs publics et l'UNOCAM.

On peut également regretter l'absence d'évaluation de ce dispositif au service des assurés sociaux.

Il convient donc de supprimer cet article.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je suis défavorable à cet amendement. Même les professionnels sont d'accord pour proroger d'un an cette participation, jusqu'à la convention médicale ! Certains m'ont tout au plus dit qu'il serait pertinent de la payer sur neuf mois plutôt que douze, compte tenu de la date de renouvellement de la convention. Pourquoi donc vous montrer plus hostile à cette prorogation que les principaux intéressés, sinon par dogmatisme ?

M. Jean-Pierre Door. À titre personnel, je ne peux pas soutenir cet amendement.

Il faut attendre la prochaine convention médicale, en 2016, pour se prononcer sur cette participation au forfait médecin traitant, qui a joué un rôle important dans le développement des réseaux et de la rémunération au forfait. Quatre ou cinq euros par acte, ce n'est pas énorme, mais cette contribution supplémentaire était bienvenue.

La convention doit être renouvelée dans moins d'un an. Alors, attendons la fin des négociations.

M. Gérard Sebaoun. Ces 150 millions d'euros s'inscrivent dans le cadre de l'avenant n° 8 de la convention, visant à limiter les dépassements d'honoraires. Il s'agit donc de proroger une excellente initiative, qui a quand même réduit les dépassements d'honoraires.

L'amendement AS18 est retiré.

La Commission adopte l'article 23 sans modification.

Après l'article 23

La Commission examine l'amendement AS157 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Les entreprises de répartition pharmaceutique référencent la totalité des médicaments génériques mis sur le marché. Elles sont les partenaires des officines pour aider au développement de ce marché – elles ont ainsi organisé, dans le cadre de ce partenariat, des programmes de sensibilisation auprès des clients et elles contribuent à la diffusion de l'information. En disposant de l'ensemble des références génériques, elles permettent aux pharmaciens de délivrer la prescription en dénomination commune internationale la moins coûteuse, comme le préconise, notamment, le protocole d'accord signé entre les médecins et la Caisse nationale d'assurance maladie.

Nous proposons donc que le montant des ventes de spécialités génériques inscrites au répertoire des groupes génériques ne soit pas inclus dans l'assiette de la contribution sur les ventes directes des entreprises pharmaceutiques.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je suis défavorable à cet amendement.

La contribution prévue à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale est assise sur les ventes en gros de spécialités pharmaceutiques remboursables, et payée par les grossistes répartiteurs et les laboratoires qui réalisent des ventes directes aux officines. Les médicaments génériques de l'assiette de la contribution sont déjà partiellement exonérés du paiement de la contribution et il ne paraît pas pertinent d'élargir cette exonération. Ils sont exonérés de la troisième tranche de cette contribution, constituée de la fraction du chiffre d'affaires qui correspond au montant de la marge rétrocédée aux pharmacies – cela représente environ 20 % de la contribution. Les deux autres tranches sont simplement une taxe sur le chiffre d'affaires desdits grossistes répartiteurs, dont vous savez qu'ils distribuent toutes sortes de médicaments : *princeps*, génériques, homéopathiques, etc.

Il s'agit donc d'une taxe portant non pas sur les génériques eux-mêmes mais simplement sur leur distribution. Les retirer intégralement de l'assiette de cette contribution n'aurait pas de sens et ne pourrait en aucun cas encourager la prescription des génériques. Cela représenterait en revanche une perte de recettes significative. Il existe d'autres dispositifs – nous avons évoqué le sujet avec Mme la ministre – pour encourager le développement des médicaments génériques.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je me permets une rectification, madame la rapporteure : les grossistes répartiteurs ne livrent pas de produits d'homéopathie.

Cela étant, il s'agit effectivement de favoriser la diffusion des médicaments génériques. Les pharmaciens ont des contrats avec un génériqueur particulier, mais certains patients peuvent être habitués à une marque de

générique. Les grossistes répartiteurs, qui stockent un nombre important de médicaments de génériques de toutes marques, favorisent la prise de génériques par nos concitoyens.

La Commission rejette l'amendement.

Article 24

(art. L. 138-10, L. 138-12, L. 138-19-1 à L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale)

Régulation des dépenses au titre de la clause de sauvegarde (taux L) et des médicaments traitant l'hépatite C (montant W) pour 2016

Cet article fixe pour l'année 2016 le montant de deux contributions visant à réguler les dépenses de médicaments : la « clause de sauvegarde » d'une part, et la contribution au titre de médicaments destinés au traitement de l'hépatite C d'autre part. Le mécanisme de ces contributions est rappelé dans le commentaire de l'article 4.

I. LA FIXATION DU TAUX L POUR 2016

Pour 2016, le taux L est fixé au même niveau que pour l'exercice 2015, c'est-à-dire à - 1 %.

Ce seuil de progression négatif se justifie, pour la deuxième année consécutive, par l'objectif de stabilité des dépenses. En effet, l'augmentation du nombre de prises en charge de patient en affection de longue durée (ALD) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur entraîne une élévation mécanique du niveau des dépenses de médicaments : selon l'étude d'impact, la dépense remboursée progresse environ 1 point plus vite que le chiffre d'affaires des laboratoires. Seul un taux de croissance négatif peut dès lors conjurer la hausse des dépenses.

II. LA FIXATION DU MONTANT W POUR 2016

Cet article fixe à 700 millions d'euros le montant W au-delà duquel se déclenche la contribution spécifique pour les médicaments destinés au traitement de l'hépatite C, soit un montant similaire à celui fixé par la loi de financement pour 2015.

Ce montant traduit la fin de la montée en charge des traitements innovants contre l'hépatite C. Selon l'étude d'impact, il est par conséquent attendu une relative « *stabilisation du chiffre d'affaires* » des laboratoires exploitant les médicaments contre l'hépatite C, compte tenu de l'évolution des prix fixés par le CEPS pour ces médicaments, des conditions de prise en charge et de la capacité du système de soins.

Selon toute vraisemblance, le mécanisme W ne devrait pas avoir à se déclencher en 2016 car le critère de déclenchement relatif au taux de croissance supérieur à 10 % ne sera pas atteint dans l'hypothèse où les industries pharmaceutiques stabilisent effectivement la part de leur chiffre d'affaires liée aux médicaments contre l'hépatite C.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS305 de M. Francis Vercamer

M. Francis Vercamer. Cette année encore, le médicament, qui ne représente que 15 % des dépenses d'assurance maladie, va fortement contribuer à la réduction des dépenses de cette branche. Il faut dire que le Gouvernement ne veut pas prendre de mesures structurelles pour essayer de résoudre le problème budgétaire par des réformes de fond portant, par exemple, sur la carte hospitalière ou sur le virage ambulatoire – qui est envisagé de manière tout à fait marginale.

Le Gouvernement va donc faire peser l'effort sur le médicament en prévoyant un taux négatif d'évolution du chiffre d'affaires de 1 %, alors que ce taux avait déjà été appliqué en 2015. J'observe qu'à l'époque, le Gouvernement avait prévu un taux d'évolution à zéro entre 2015 et 2017. Je propose, quant à moi, de fixer effectivement ce taux à zéro, pour éviter de taxer une évolution négative.

M. Bernard Accoyer. Cet amendement doit être adopté, car les dispositions de l'article 24 sont dangereuses : elles risquent d'affaiblir notre industrie du médicament, qui finira par disparaître. Je rappelle que cette industrie a déjà dû réduire ses effectifs et qu'après avoir été excédentaire, la balance commerciale du médicament a chuté de 50 %. Il ne faudrait pas oublier quelles sont les priorités !

M. Jean-Pierre Door. Ainsi, on veut taxer la croissance négative d'un chiffre d'affaires. Mais c'est du jamais vu ! Cela signifie que moins vous gagnez, et plus vous êtes taxé. En l'occurrence, les entreprises pharmaceutiques, qui sont en décroissance, vont être taxées. C'est très curieux. Au moins aurait-on pu en discuter d'abord avec le Conseil stratégique des industries de santé.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Door, à événement inattendu, amendement inattendu. Qui aurait pu prévoir, au moment de la campagne présidentielle de 2012, qu'il faudrait consacrer un milliard par an à un seul produit ? L'année dernière, lorsque le Sovaldi contre l'hépatite C est arrivé sur le marché, les pouvoirs publics ont dû intervenir. Et aucun malade de notre pays ne s'est vu refuser ce nouveau traitement – dans la mesure où son médecin le lui avait prescrit.

Dans les années à venir, nous serons à nouveau confrontés au défi que constitue l'arrivée de nouvelles molécules qui auront des fenêtres thérapeutiques très étroites, mais qui seront très chères. C'est cela l'innovation.

M. Jean-Pierre Door. Je vous suis. Mais le problème ne vient pas seulement des molécules permettant de soigner l'hépatite C, dont on a beaucoup parlé. Il vient du fait que cette taxe va s'appliquer à toutes les entreprises pharmaceutiques, y compris celles qui ne développent pas de tels produits. On va pénaliser des entreprises dont le chiffre d'affaires a baissé de 0,5 à 1 %. C'est cela qui est regrettable.

M. Jean-Pierre Barbier. L'an dernier, le prix du traitement de l'hépatite C nous a amenés à débattre du financement de l'innovation. Nous en discuterons à nouveau parce qu'une dizaine de molécules de ce type vont arriver. Il faudra se poser les bonnes questions. Moyennant 30 000, 40 000 ou 50 000 euros, une molécule comme le Sovaldi permet de guérir en quelques semaines des patients atteints de l'hépatite C, alors même qu'ils étaient en traitement depuis des années, faisant l'objet de soins très coûteux – transplantations, etc. Nous ne pourrons pas financer l'innovation dans notre pays tant que nous n'accepterons pas de comparer ce que cela peut rapporter et ce que cela coûte. Vous préférez, comme d'habitude et par faciliter, taxer l'industrie pharmaceutique.

On ne s'interroge pas non plus sur les baisses de recettes. En effet, vous baissez le prix du médicament, les recettes de TVA, les chiffres d'affaires des laboratoires, l'impôt sur les sociétés qu'ils pourraient verser. Les laboratoires vont licencier, et il n'y aura plus d'innovation en France. Aujourd'hui, sur les 34 nouvelles molécules produites, 8 seulement sont issues de l'industrie française. Il y a vraiment de quoi être préoccupé.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je voudrais essayer de vous convaincre : ce taux de moins 1 % correspond, en fait, à une stabilisation de la dépense remboursée. En revanche, un taux de 0 % correspond à une progression d'environ 1 % de la dépense remboursée, ce qui n'est pas compatible avec l'objectif de l'ONDAM.

Je rappelle en outre qu'il ne faut compter dans ce périmètre ni les génériques, ni les médicaments orphelins, ni les médicaments non remboursés, ni le chiffre d'affaires lié aux exportations.

La fixation du taux L a été calibrée de manière que le mécanisme n'ait pas à être déclenché en 2016 si l'on réalise les économies sur les médicaments qui ont permis de construire l'ONDAM. C'est tout à fait possible, compte tenu des baisses de prix des princeps et de la diffusion croissante des génériques.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 24 sans modification.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2016

TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

CHAPITRE I^{ER} Amélioration de l'accès aux droits

Article 39

(art. L. 111-1, L. 111-2-1, L. 111-2-2, L. 112-2-3 [nouveau], L. 114-10, L. 114-10-1 à L. 114-10-3 [nouveaux], L. 114-12, L. 114-12-1, L. 114-12-4 [nouveau], L. 114-17-1 [nouveau], L. 115-7, L. 131-9, L. 160-1 à L. 160-17 [nouveaux], L. 161-1, L. 161-2, L. 161-2-1, L. 161-3, L. 161-5, L. 161-7, L. 161-8, L. 161-9, L. 161-9-3, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-15, L. 161-15-1, L. 161-25-2, L. 161-25-3, L. 162-1-14, L. 162-1-18, L. 172-1 A, L. 182-2, L. 200-1, L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6, L. 211-7, L. 213-1, L. 241-10, L. 241-11, L. 241-1, L. 242-3, L. 242-4-3, L. 252-1, L. 311-1, L. 311-5, L. 311-5-1, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-1, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5, L. 321-1, L. 321-2, L. 322-1, L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4, L. 322-7, L. 322-8, L. 331-2, L. 332-1, L. 332-3, L. 371-1, L. 371-2, L. 371-3, L. 371-6, L. 380-3, L. 381-3, L. 381-7, L. 381-9, L. 381-10, L. 381-11, L. 381-19, L. 381-20, L. 381-21, L. 381-22, L. 381-26, L. 381-27, L. 381-28, L. 381-30, L. 381-30-1, L. 381-30-2, L. 381-30-5, L. 381-3, L. 381-14-1, L. 382-3, L. 382-14-1, L. 382-21, L. 432-1, L. 453-1, L. 512-1, L. 611-12, L. 611-20, L. 611-21, L. 611-22, L. 613-1, L. 613-3, L. 613-4, L. 613-7, L. 613-10, L. 613-14, L. 712-6, L. 712-7, L. 712-8, L. 713-1-1, L. 713-9, L. 713-10, L. 713-16, L. 861-1, L. 861-2, L. 861-3, L. 861-5, L. 871-1, du code de la sécurité sociale, L. 722-10, L. 722-11, L. 742-3, L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime, L. 251-1 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, L. 111-1 du code de la mutualité)

Création d'un régime universel d'assurance maladie

Cet article vise à achever l'universalisation de la prise en charge des frais de santé, et à garantir l'effectivité de ce droit tout au long de la vie des assurés.

Il propose tout d'abord d'inverser le principe de subsidiarité selon lequel un assuré n'avait droit à la couverture maladie universelle que s'il ne pouvait justifier d'un autre critère d'affiliation à l'assurance maladie : avec cette réforme, tous les assurés qui travaillent et/ou résident en France de manière stable ou régulière bénéficieront désormais pleinement du droit à la prise en charge de leurs frais de santé. L'architecture juridique des conditions d'ouverture des droits est révisée, dans un souci de simplification.

L'article 39 organise ensuite la suppression progressive de la notion d'ayant droit majeur afin d'encourager l'individualisation des droits à l'assurance maladie ; il poursuit aussi la réforme des règles de rattachement des assurés polyactifs pour la gestion de leur assurance maladie.

Les modalités de délégation de la gestion des prestations à certains opérateurs sont également revues ; il est mis fin au monopole historique de gestion du régime obligatoire de certains opérateurs afin d'assouplir les modalités de

révision du périmètre de gestion de ces organismes et de sécuriser juridiquement, le cas échéant, l'adossement au régime général d'opérateurs défaillants.

I. 70 ANS APRÈS LA CRÉATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, GARANTIR LA PRISE EN CHARGE UNIVERSELLE DES FRAIS DE SANTÉ

A. L'ASSURANCE MALADIE S'EST HISTORIQUEMENT CONSTRUITE SUR LE TRAVAIL

L'organisation de la sécurité sociale française repose, depuis sa création, sur un principe de solidarité nationale, affirmé solennellement à l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale.

Mais au sortir de la Seconde Guerre mondiale, cette solidarité s'est construite essentiellement autour des travailleurs : la protection sociale reposait avant tout sur une logique assurantielle visant à garantir les travailleurs et leur famille « *contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain* ».

Parangon de ce système axé sur le travail, le statut d'ayant droit renvoie au modèle initial de la sécurité sociale et à la structure de la société d'après-guerre : l'assuré est la personne qui a une activité et qui procure des droits aux personnes vivant avec elle.

Mais cette organisation de la protection sociale, pensée en période de plein emploi, n'a pas tardé à révéler ses failles : en liant la couverture maladie aux cotisations du travailleur, le système excluait de fait les personnes sans activité professionnelle.

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) s'est affranchie pour la première fois de la logique d'affiliation fondée sur l'activité professionnelle, en garantissant à toute personne résidant de manière régulière en France le droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.

L'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale dispose ainsi que « *toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité* ». Les droits aux prestations en nature sont ouverts dès le dépôt de la demande et leur continuité est théoriquement garantie, dans la mesure où le paiement de cotisations ne constitue plus un préliminaire à l'accès aux soins.

B. MALGRÉ L'INSTAURATION EN 1999 DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE, L'UNIVERSALISATION DE L'ACCÈS AUX SOINS RESTE EN PRATIQUE INACHEVÉE

La couverture maladie universelle a sans conteste permis d'améliorer très sensiblement l'accès aux soins. Toutefois, dans les faits, de nombreuses ruptures dans la prise en charge des frais de santé sont encore constatées.

Ces ruptures de droits tiennent essentiellement au fait que la prise en charge des frais de santé par la CMU n'intervient qu'à titre subsidiaire, lorsque l'assuré ne peut prétendre à la couverture maladie ni en raison de son activité professionnelle, ni de son rattachement à un assuré, ni de tout autre critère.

Aussi, même lorsqu'ils résident de manière stable et régulière sur le sol français qui leur donne droit *in fine* à la couverture maladie, les assurés doivent indiquer à leur caisse le critère justifiant leur rattachement à l'assurance maladie, tels que leur activité professionnelle ou le rattachement à un assuré permettant de bénéficier du statut d'ayant droit. À défaut de pouvoir justifier de ces conditions, ils doivent effectuer des démarches pour bénéficier de la CMU de base (CMU-b) auprès de la caisse de leur lieu de résidence.

Ces règles imposent aux assurés des démarches qui n'ont d'autre but que de contrôler à quel titre ils ont droit à la couverture maladie, alors qu'ils y ont en réalité droit dès lors qu'ils résident en France de manière stable et régulière. Or le contrôle des justificatifs par les caisses peut se traduire, pour de multiples raisons, par des ruptures de droits des assurés.

Le Haut conseil du financement de la protection sociale, qui a posé ce diagnostic dans un récent rapport ⁽¹⁾, déplore cette situation : « *les agents en charge de la gestion des droits peuvent passer un temps important – et que l'on peut fondamentalement juger inutile puisque les droits seront in fine ouverts – à affecter les dossiers au bon organisme, au prix d'interruptions de droits. Cette situation résulte de ce que la vérification des droits continue à être opérée en fonction de classements professionnels, qui sont requis pour déterminer la contribution au régime et l'organisme gestionnaire de l'assuré, mais qui ne devraient avoir aucun effet sur les droits* ».

● La problématique des ruptures de droits s'illustre parallèlement lors des transferts de droits entre les différents régimes d'assurance maladie obligatoire.

Un rapport de 2013 sur la gestion de l'assurance maladie, conduit par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) ⁽²⁾, rappelait que l'assurance maladie obligatoire est marquée par un « *important éclatement institutionnel* » : au total, 86 opérateurs assurent la gestion

(1) Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Rapport sur la lisibilité des prélèvements et l'architecture financière des régimes sociaux », juillet 2015.

(2) IGAS-IGF, « Les coûts de gestion de l'assurance maladie », septembre 2013.

de 14 régimes obligatoires d'assurance maladie. Aux trois principaux opérateurs, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI), s'ajoutent une dizaine de régimes spéciaux, les organismes ayant reçu délégation du régime général (étudiants, fonctionnaires...) ainsi que vingt régimes conventionnés du RSI. De plus, les principaux opérateurs ont historiquement organisé la gestion du régime à un échelon local – il existe ainsi plus d'une centaine de caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), trente-cinq caisses de MSA et une trentaine de caisses du RSI.

Dès lors, tout déménagement ou tout changement de régime lié par exemple à un changement d'emploi ou à l'entrée dans des études supérieures, génère des mutations entre les régimes à hauteur de 2 millions de mouvements chaque année.

Ainsi, non seulement la gestion des bénéficiaires – affiliations, mutations, mise à jour des informations de l'assuré – sollicite fortement les services de l'assurance maladie ⁽¹⁾, mais la conséquence pour les assurés peut être dramatique, lorsque ces transferts conduisent, faute de justificatifs présentés dans les temps, à des ruptures de droit à l'accès aux soins.

C. L'ARTICLE 39 AFFIRME SOLENNELLEMENT L'UNIVERSALISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTÉ

Pour lever les obstacles à la continuité de l'accès aux soins, l'article 39 introduit une réforme des conditions d'accès à l'assurance maladie afin de réaliser une véritable universalisation de la prise en charge des frais de santé.

• Le principe de l'universalisation est posé dès le 1^o du I qui modifie l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale. Alors que cet article consacrait la logique de l'assurance par le travail pour bénéficier d'une couverture sociale, l'alinéa 2 de l'article L. 111-1 met désormais sur un pied d'égalité les deux conditions alternatives ouvrant droit à la couverture « *des charges de maladie, de maternité et de paternité ainsi que des charges de famille* », à savoir l'exercice d'une activité professionnelle ou la résidence stable et régulière en France.

La couverture universelle porte sur donc exclusivement sur les prestations « en nature », qui correspondent à la prise en charge des frais de santé. S'agissant des prestations « en espèces », l'alinéa 3 du même article maintient le principe de l'assurance par le travail, en garantissant les travailleurs « *contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs revenus* ».

(1) L'étude d'impact estime que la gestion du fichier des bénéficiaires emploie 7 000 ETP – équivalent temps plein – au sein de la branche maladie du régime général, dont 5 100 consacrés à la gestion des droits de base.

Prestations en nature et prestations en espèces

Les prestations **en nature** sont destinées au remboursement total ou partiel des dépenses médicales, paramédicales et des frais d'hospitalisation.

Les prestations **en espèces** correspondent :

- soit à un *revenu de substitution* servi à un assuré lorsqu'il se trouve privé de son revenu professionnel en raison de la maladie, de la maternité, de l'invalidité, de l'accident de travail, de la maladie professionnelle ou de la vieillesse. Il peut s'agir d'indemnités journalières, d'une pension, d'une rente ou d'une retraite ;
- soit à un *revenu de complément* pour compenser la charge d'enfant (allocations familiales) ou la charge de logement (allocations logement).

Le dernier alinéa de l'article L. 111-1 précise le champ de la prise en charge de la sécurité sociale : celle-ci assure « *la prise en charge des frais de santé, le service des prestations d'assurances sociales, notamment des allocations vieillesse, le service des prestations d'accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que le service des prestations familiales* », qui doivent s'exercer dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale, des stipulations des conventions internationales et des dispositions des règlements européens.

Conséquence de la réaffirmation solennelle de l'universalité de la prise en charge des frais de santé pour toute personne résidant en France ou exerçant une activité professionnelle, le **a** du **2°** du **I** modifie ensuite l'article L. 111-2-1 du même code afin de rappeler l'attachement de la Nation « *au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale* ». Il est précisé que cette protection contre le risque et les conséquences de la maladie est assurée à toute personne, « *indépendamment de son âge et de son état de santé* », chacun ayant pour mission de contribuer, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection.

II. LA MISE EN PLACE D'UNE PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE VISE À GARANTIR UN ACCÈS CONTINU ET EFFECTIF AUX SOINS

En vertu de la nouvelle rédaction de l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale, la prise en charge des frais de santé reposera désormais sur deux conditions alternatives : l'exercice d'une activité professionnelle ou la résidence stable et régulière en France. Ces conditions peuvent être cumulatives, c'est-à-dire qu'une personne exerçant une activité professionnelle et résidant en France peut bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé en application de l'article L. 111-1 du même code.

La réforme proposée à l'article 39 a pour conséquence la modification, le déplacement, la création ou l'abrogation de plus de 140 articles de loi, principalement dans le code de la sécurité sociale, mais aussi dans le code rural et de la pêche maritime, le code de l'action sociale et des familles et le code de la mutualité, ce qui rend la lecture de l'article particulièrement fastidieuse.

Les principales dispositions de la réforme figurent aux **I** à **IV** de l'article 39. Les **VI** à **IX** regroupent les modifications de conséquence qui en découlent, tandis que le **X** réunit les modalités d'entrée en vigueur.

Dans la mesure du possible, pour faciliter la compréhension, les dispositions de conséquence sont intégrées dans la présentation des différents dispositifs au fur et à mesure du commentaire.

A. LES CONDITIONS DU BÉNÉFICE DE LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE

Les nouvelles conditions du bénéfice de la protection universelle maladie sont précisées, notamment, par le nouveau chapitre créé par le **III**. Ce chapitre, inséré avant le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale et intitulé « *Dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé* », est composé de quatre sections et de dix-sept articles nouveaux L. 160-1 à L. 160-17, qui ont vocation à énoncer les conditions relatives aux bénéficiaires, aux prestations, à la participation de l'assuré et à l'organisation et au service des prestations.

Les dispositions relatives aux futurs bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé sont regroupées au sein de la section I créée par le 1^o du **III**. Le **a** du 1^o du **III** insère quatre articles nouveaux L. 160-1 à L. 160-4.

L'article L. 160-1 rappelle les conditions alternatives qui ouvrent droit à la prise en charge des frais de santé : « *toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et maternité* » et renvoie les modalités d'appréciation de ces deux conditions aux articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3 du même code.

1. L'exercice d'une activité professionnelle continue d'ouvrir droit à la prise en charge des frais de santé

Les conditions d'exercice d'une activité professionnelle ouvrant droit à la prise en charge des frais de santé sont fixées par le 3^o du **I** qui propose une rédaction globale de l'article L. 111-2-2.

Le 1^o de l'article L. 111-2-2 rappelle que, sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés et approuvés et des règlements européens, sont considérées comme affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale toutes les personnes, indifféremment de leur âge, de leur sexe, de leur

nationalité ou de leur lieu de résidence, qui exercent une activité professionnelle, permanente ou temporaire, à temps plein ou à temps partiel, sur le territoire français :

– que cette activité soit exercée pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme ou la nature de leur contrat ;

– ou qu'il s'agisse d'une activité professionnelle non salariée.

Le 2° de l'article L. 111-2-2 propose ensuite de clarifier le critère d'affiliation des salariés exerçant une activité à l'étranger : il précise que toute personne exerçant une activité à l'étranger et qui est soumise, en vertu des règlements européens ou des conventions internationales en vigueur, à la législation française de sécurité sociale, est nécessairement affiliée à un régime obligatoire de sécurité sociale.

2. Le respect de la condition de résidence stable et régulière en France devient la condition alternative de l'ouverture des droits

La condition de résidence stable et régulière sur le territoire français est le second volet permettant de bénéficier de la protection universelle maladie.

L'article L. 160-5 du code de la sécurité sociale, créé au **b** du 1° du **III** en remplacement de l'article L. 161-2-1 du même code, précise ainsi que toute personne déclarant auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé pourra désormais en bénéficier, sous réserve de justifier de son identité et de sa résidence stable et régulière.

Le **N** du **IX** propose par conséquent l'abrogation de deux articles L. 161-25-2 et L. 161-25-3 relatifs aux conditions de prise en charge des frais de santé des personnes étrangères : compte tenu du critère de résidence, ces articles deviennent obsolètes. Le **d** du 2° du **H** du **IX** supprime par coordination la référence à l'article L. 161-25-2.

a. Le contrôle de la condition de résidence stable et régulière

Afin d'assurer le contrôle de la condition de stabilité de la résidence et de la régularité du séjour, le 4° du **I** insère un nouvel article L. 111-2-3 dans le code de la sécurité sociale, qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de définir les conditions d'appréciation de ces critères, « *sans préjudice des règles particulières applicables au service des prestations ou allocations* ». Par coordination, le **J** du **IX** apporte une précision à l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale ; en outre, le 2° du **P** du **IX** remplace à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles la référence à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale par la référence à l'article L. 111-2-3.

Le **II** de l'article 39 détaille ensuite les instances en charge du contrôle de l'effectivité et du respect des conditions de résidence en France.

En premier lieu, le **1°** du **II** complète l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale afin de donner aux directeurs des organismes de sécurité sociale la possibilité de confier à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives entrant dans le champ du contrôle des conditions de résidence. Le **3°** du **II** crée un article L. 114-10-2 issu de l'article L. 115-7 du même code relatif au contrôle spécifique de la condition de résidence pour les étrangers ; il opère une simple modification rédactionnelle consistant à remplacer le terme de « versement » par celui « d'attribution ».

Le **2°** du **II** crée un article L. 114-10-1 nouveau visant à préciser qu'il revient aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale d'organiser le contrôle de l'effectivité et du respect de la condition de résidence. Ce contrôle doit être réalisé, lorsque c'est possible, par rapprochement avec les vérifications opérées par un autre organisme de sécurité sociale.

Le **I** de l'article L. 114-10-3 nouveau, créé par le **4°** du **II**, propose par ailleurs de confier à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) l'élaboration d'un référentiel précisant les modalités de contrôle applicables par les organismes délivrant les prestations relatives à la prise en charge des frais de santé. Notons que le référentiel devra définir les procédures de contrôle applicables dans deux cas de figure distincts : ceux pour lesquels un simple échange d'informations est nécessaire, mais aussi ceux nécessitant un contrôle direct auprès des assurés sociaux. Par coordination, le **VI** complète par un **7°** l'article L. 182-2 du même code relatif aux missions de l'UNCAM.

Pour faciliter les échanges d'informations, le **b** du **5°** du **I** complète l'article L. 114-12 du même code afin d'autoriser les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et Pôle emploi à se communiquer tous renseignements nécessaires à l'établissement du respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie et le service des prestations.

Ces organismes auront en outre la possibilité d'enregistrer ces données au sein du répertoire national défini à l'article L. 114-12-1 du même code, auquel ils ont chacun accès, comme en dispose le **6°** du **I**.

À cette fin, le **7°** du **I** insère un nouvel article L. 114-12-4 qui vise à autoriser les organismes et administrations mentionnés précédemment à utiliser le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) dans le cadre de ces échanges, sous réserve que ces derniers soient « *strictement nécessaires au contrôle du respect des conditions de résidence* », et qu'ils respectent les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Notons enfin que le *a* du 5° du **I** supprime une formulation superflue.

b. La procédure applicable en cas de non-respect de la condition de résidence

Le II de l'article L. 114-10-3 nouveau créé par le 4° du **II**, définit ensuite la procédure applicable en cas de non-respect de la condition de résidence ; il précise notamment la procédure à suivre lorsqu'un organisme constate, après avoir procédé aux vérifications d'usage, qu'une personne n'est pas éligible aux prestations relatives à la prise en charge des frais de santé.

L'organisme doit dans un premier temps notifier son constat à la personne concernée puis l'inviter à présenter ses observations et, le cas échéant, les pièces justificatives nécessaires au maintien de ses droits. À défaut de transmission de ces pièces ou d'observations, ou si ces dernières sont insuffisantes pour justifier le maintien des droits, l'organisme peut mettre fin au service des prestations et en informe la personne concernée.

Le III du même article précise que les modalités d'application du II sont définies par décret en Conseil d'État.

Par ailleurs, le 8° du **II** crée un article L. 114-17-1 au sein du chapitre du code de la sécurité sociale consacré au contrôle et à la lutte contre la fraude. Cet article, issu de l'article L. 162-1-14 du même code et complété par le 8° du **II**, dispose qu'une pénalité peut être due en cas d'absence de déclaration, par les bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé, d'un changement dans leur situation justifiant l'ouverture de leurs droits et le service des prestations.

3. Les cas particuliers de la prise en charge

a. La restriction progressive du statut d'ayant droit

Avec la reconnaissance du critère de résidence stable et régulière comme porte d'entrée pour le bénéfice de la prise en charge des frais de santé, la notion d'ayant droit, rattachée historiquement aux travailleurs, perd de sa pertinence.

En conséquence, il est proposé que chaque assuré majeur dispose désormais d'une affiliation personnelle à la sécurité sociale, lui permettant de percevoir son propre décompte de remboursements : l'article 39 organise ainsi la disparition progressive de la notion d'ayant droit pour les personnes de plus de 18 ans.

RATTACHEMENT EN QUALITÉ D'AYANT DROIT D'UN ASSURÉ SOCIAL

Avant la réforme	Après la réforme (article L. 160-2 du code de la sécurité sociale)
<i>Peuvent bénéficier du statut d'ayant droit sans condition :</i>	
Les enfants de moins de 16 ans à la charge d'un des parents ou des deux parents	—
<i>Peuvent bénéficier du statut d'ayant droit sous conditions :</i>	
<p>Les enfants de 16 à 18 ans s'ils remplissent au moins une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - poursuite d'études ; - être en apprentissage ; - incapacité permanente de travailler (maladie chronique ou infirmité) ; - vivre avec l'assuré et se consacrer exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation des enfants de l'assuré ou vivre avec l'assuré depuis 12 mois au moins et être à sa charge effective, totale et permanente. 	<p>Les enfants de moins de 18 ans à condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> - qu'ils soient à la charge de l'assuré ; - qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle ; - que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, ou qu'ils soient pupilles de la nation ou enfants recueillis ; - qu'ils n'aient pas demandé, à partir de l'âge de 16 ans, à bénéficier à titre personnel de la prise en charge des frais de santé. <p><i>Le statut d'ayant droit prend fin à 18 ans ou, pour les enfants qui poursuivent des études dans certains établissements d'enseignement, au dernier jour de l'année d'enseignement au cours de laquelle ils atteignent l'âge de 18 ans.</i></p>
<p>Les enfants de 18 à 20 ans s'ils remplissent au moins une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - poursuite d'études ; - incapacité permanente de travailler (maladie chronique ou infirmité) ; - vivre avec l'assuré et se consacrer exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation des enfants de l'assuré ou vivre avec l'assuré depuis 12 mois au moins et être à sa charge effective, totale et permanente. 	
<p>Les enfants de 20 à 21 ans qui remplissent les trois conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - être inscrits dans un établissement d'enseignement ; - ne pas bénéficier à titre personnel d'un régime de protection sociale ; - avoir dû interrompre ses études pour cause de maladie. 	
<p>Les personnes vivant en couple avec l'assuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> - époux ou épouse, même séparé de corps, mais non divorcé, à condition de ne pas exercer d'activité et de ne pas relever d'un autre régime obligatoire de sécurité sociale ; - personne vivant en couple sans être marié (union libre ou pacte civil de solidarité), à condition d'être à la charge de l'assuré. 	
<p>Les ascendants, descendants, alliés ou collatéraux à condition de vivre sous le toit de l'assuré social et de se consacrer aux travaux de ménage et à l'éducation d'au moins 2 enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré social.</p>	
<p>Toute personne vivant chez l'assuré social depuis au moins 1 an et qui est à sa charge.</p>	

Source : Commission des affaires sociales

● En l'état du droit, les enfants d'un assuré social peuvent bénéficier de la qualité d'ayant droit, sous conditions, jusqu'à l'âge de 21 ans. Les personnes vivant à la charge de l'assuré ainsi que les ascendants, descendants, alliés et

collatéraux de l'assuré peuvent également, sous certaines conditions, être rattachés au régime de sécurité sociale de l'assuré.

L'article L. 160-2 créé par le **a** du **1°** du **III** réduit significativement le périmètre de la notion d'ayant droit : ne seront plus considérés comme ayants droit d'un assuré que ses enfants mineurs, sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle et qu'ils n'aient pas demandé par ailleurs à bénéficier de la prise en charge personnelle des frais de santé. Deux prérequis conditionnent également l'octroi du statut d'ayant droit :

– l'enfant mineur doit être « *à la charge* » de l'assuré ;

– la filiation entre l'assuré et l'enfant doit être « *légalement établie* », y compris lorsque cette filiation est adoptive. Les enfants recueillis ainsi que les pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur ouvrent également droit au statut d'ayant droit.

L'enfant perdra de manière automatique son statut d'ayant droit dès l'âge de la majorité ou, lorsqu'il poursuit des études dans des établissements d'enseignement supérieur ⁽¹⁾, à la date de la rentrée universitaire de l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de 18 ans.

Toutefois, il pourra être mis fin au statut d'ayant droit de manière anticipée dans deux hypothèses :

– afin notamment d'assurer l'effectivité du suivi médical d'adolescents pour lesquels le rattachement à la protection de l'assuré peut poser des problèmes de confidentialité – par exemple lorsqu'une jeune fille souhaite se faire prescrire un moyen de contraception –, tout mineur âgé d'au moins 16 ans pourra demander à bénéficier, à titre personnel, de la prise en charge des frais de santé, selon des conditions précisées par décret ;

– par ailleurs, tout mineur âgé d'au moins 16 ans poursuivant des études dans l'un des établissements d'enseignement supérieur mentionnés à l'article L. 381-4 du code de la sécurité sociale bénéficiera automatiquement de la prise en charge des frais de santé à titre personnel.

Le dernier alinéa de l'article L. 160-2 traite enfin de la situation spécifique des enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Sans revenir sur leur statut d'ayant droit, cet alinéa permet toutefois à ces enfants d'être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré social, afin de faciliter la prise en charge de leurs frais de santé en cas de maladie et de maternité par les personnes ou établissements assurant la garde ou l'accueil de ces enfants.

(1) Ce qui inclut, en application de l'article L. 381-4 du code de la sécurité sociale, les écoles techniques supérieures, les grandes écoles ainsi que les classes du second degré préparatoires à ces écoles.

Les dispositions de ces trois derniers alinéas reprennent largement celles de l'article L. 161-14-1 du code de la sécurité sociale, qui est par conséquent abrogé par le **N** du **IX**.

La disparition du statut d'ayant droit pour les personnes majeures emporte une conséquence essentielle : les changements de situation personnelle n'auront désormais plus d'incidence sur les droits des assurés sans activité professionnelle. À l'avenir, en cas de mariage, de séparation ou de deuil, l'assuré continuera à avoir des droits en propre, indépendamment de la situation de son conjoint ou de son ex-conjoint.

L'étude d'impact souligne que cette mesure permettra également une reconnaissance des droits propres aux femmes sans activité professionnelle, qui constituent aujourd'hui l'essentiel de la catégorie des ayants droit majeurs. Elle renforcera également leur indépendance, notamment en matière de santé, pour « *gérer plus facilement les sujets de confidentialité des prises en charge qui peuvent s'avérer sensibles (IVG, contraception)* ».

- Le **5°** du **IV** aménage par ailleurs les conditions de la prise en charge des frais de santé d'un enfant mineur par l'un de ses parents lorsque l'autre parent, séparé de droit ou de fait de son conjoint, n'a pas présenté en temps utile les justifications requises permettant cette prise en charge. Dans cette hypothèse, la nouvelle rédaction de l'article L. 161-15 propose que le parent « *dispose d'une action directe en paiement de ces prestations* », selon des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

- En lien avec la suppression du statut d'ayant droit pour les personnes majeures, l'article 39 procède à la suppression des termes « *ayants droit* » dans les articles du code de la sécurité sociale au sein desquels ils sont devenus obsolètes. Cette modification est opérée aux paragraphes suivants : **b** du **2°** du **III** ; **ii** du **a** du **2°** du **III** ; **iii** du **3°** du **III** ; aux alinéas faisant référence aux articles L. 160-15 et L. 160-16 au **3°** du **III** ; **c** du **2°** du **VIII** ; **a** du **6°** du **VIII** ; **a** du **2°** du **H** du **IX**. Pour le code rural et de la pêche maritime, la modification est opérée aux **a** et **b** du **1°** du **O** du **IX**.

Le **N** du **IX** abroge en outre plusieurs articles du code de la sécurité sociale faisant référence aux ayants droit majeurs : il s'agit des articles L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-25-2. Par coordination, le **4°** du **O** du **IX** remplace, à l'article L. 761-3 dans le code rural et de la pêche maritime, la référence aux articles L. 161-14 et L. 313-3 par la référence à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale. Les **a** et **b** du **1°** du **P** du **IX** procèdent à la même substitution s'agissant de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

Pour la définition des enfants ayants droit, l'article L. 722-1 du même code modifié par le **b** du **1°** du **O** du **IX** renvoie désormais à la définition de l'article L. 160-2.

Sont également supprimées, ou remplacées par une référence aux « *enfants mentionnés à l'article L. 160-2* », les références à la « famille » de l'assuré lorsque ces termes ne sont plus pertinents, notamment au 1^o du **G** du **IX**, aux **a** et **b** du 2^o du **G** du **IX**, aux 2^o et 3^o du **L** du **IX**.

• L'entrée en vigueur des nouvelles modalités du statut d'ayant droit s'effectuera, à l'instar de l'ensemble des dispositions figurant au présent projet de loi, au 1^{er} janvier 2016 (**X**).

Toutefois, le **C** du **X** propose d'instaurer une période de transition pour les actuels ayants droit majeurs – 3,2 millions de personnes pour le seul régime général. L'étude d'impact explique en effet que la bascule de ces personnes dans le statut d'assuré à titre personnel dès le 1^{er} janvier 2016 « *impliquerait l'accomplissement préalable d'opérations de gestion pour effectuer dans les conditions habituelles la gestion et le versement des prestations à ces personnes* ».

Par conséquent, pour les personnes déjà soumises au statut d'ayant droit, la prise en charge des frais de santé continuera dans un premier temps de s'effectuer par rattachement à l'assuré social. La bascule vers un statut d'assuré social en propre s'effectuera :

– soit en cas de changement de situation conduisant ces personnes à s'affilier à un régime de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle, y compris antérieure – c'est-à-dire l'entrée sur le marché du travail, la reprise d'une activité, etc. ;

– soit, de manière automatique, à compter du 1^{er} janvier 2020. La bascule peut toutefois être opérée avant cette date, lorsque l'intéressé en fait expressément la demande.

b. Le cas des titulaires d'une pension ou d'une rente résidant à l'étranger

Les 1^o à 3^o du nouvel article L. 160-3 traitent ensuite des particularités de la prise en charge des titulaires d'une pension ou d'une rente qui ne remplissent aucune des conditions ouvrant droit à la prise en charge des frais de santé au titre de l'article L. 160-1, c'est-à-dire qu'elles ne travaillent pas et ne résident pas en France.

Les personnes visées sont les titulaires d'une pension ou d'une rente de vieillesse, ou d'une pension de réversion (1^o), les titulaires d'une rente ou d'une allocation d'accidents du travail ou de maladies professionnelles (AT-MP) applicables aux professions non agricoles (2^o), les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité, qu'elles soient servies par un ou plusieurs régimes de base français (3^o).

Lorsqu'elles effectuent des séjours temporaires en France, ces personnes peuvent bénéficier de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie et de maternité. Deux restrictions sont toutefois posées :

– en premier lieu, cette disposition ne s’applique pas lorsque la prestation susceptible d’ouvrir droit à cette prise en charge correspond à celle mentionnée à l’article L. 161-22-2 du même code : cet article dispose qu’un assuré n’ayant pas rempli la condition de durée de cotisation requise pour bénéficier d’une pension de retraite à taux plein perçoit un versement égal au montant des cotisations qu’il a versées à son régime ;

– en second lieu, la prise en charge doit faire l’objet d’un contrôle spécifique en cas d’hospitalisation, selon des conditions fixées par décret en Conseil d’État.

La prise en charge des frais de santé des titulaires de pension ou de rente peut également être étendue aux soins dispensés à l’étranger, dans les conditions définies et sous réserve que cette prise en charge ait été prévue par des règlements européens ou des conventions internationales.

c. La prise en charge des frais de santé des membres de la famille des travailleurs détachés et des fonctionnaires en poste à l’étranger

L’article L. 160-4 nouveau précise enfin les modalités de prise en charge des assurés ou des membres de leur famille ne résidant pas en France, pour raisons professionnelles ou non.

Ces personnes se trouvent en effet dans une situation ambiguë au regard des critères posés respectivement par les articles L. 111-2-2 et L. 111-2-3 du même code : elles ne remplissent ni la condition d’exercice d’une activité professionnelle en France, ni la condition de résidence sur le territoire français. Par dérogation aux règles posées par l’article L. 160-1, peuvent ainsi bénéficier de la prise en charge des frais de santé :

– les membres de la famille d’un travailleur détaché depuis la France, lorsqu’ils sont exemptés d’affiliation au régime local de sécurité sociale en application d’une convention internationale de sécurité sociale ou d’un règlement européen (1° de l’article L. 160-4) ;

– les membres de la famille à la charge d’un assuré du régime français qui ne résident pas en France mais pour lesquels une convention internationale de sécurité sociale ou un règlement européen a prévu une telle prise en charge (2° du même article) ;

– les membres du personnel diplomatique et consulaire ou les fonctionnaires et personnes assimilées en poste à l’étranger, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent (3° du même article).

Le 1° du **IV** propose, par le rétablissement de l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale, une définition des membres de la famille applicable à l'ensemble des articles du code de la sécurité sociale, sauf dispositions contraires. Il s'agit :

– du conjoint de l'assuré, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité (1° de l'article L. 161-1) ;

– de leurs enfants mineurs à leur charge (2°) ;

– des enfants majeurs, jusqu'à un âge limite et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, lorsqu'ils poursuivent des études (*a* du 2°) ou lorsqu'ils sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié en raison d'infirmité ou de maladie chronique (*b* du 2°) ;

– de l'ascendant, du collatéral jusqu'au 3° degré ou de l'allié au même degré.

La définition retenue est très légèrement plus restrictive que celle qui figurait à l'article L. 313-3 du même code, abrogé par le **N** du **IX**, qui précisait que les enfants placés en apprentissage étaient également considérés comme membres de la famille, jusqu'à un âge limite et dans des conditions déterminées par le code du travail.

d. Les exclusions

L'article L. 160-6, créé par le **c** du 1° du **III** en remplacement de l'article L. 380-3 du même code, reprend et complète la liste des personnes qui ne peuvent bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé au titre de la condition de résidence stable et régulière sur le territoire français.

Les personnes exclues du champ de la prise en charge des frais de santé sont pour l'essentiel les mêmes que celles désignées à l'article L. 380-3. Il s'agit :

– des membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un État étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent (1°) ;

– des personnes venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure (2°) ;

– des agents retraités d'une organisation internationale non titulaires d'une pension française, ainsi que, sous certaines conditions, les membres de leur famille (4°) ;

– des travailleurs détachés temporairement en France et exemptés d'affiliation au régime de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire, ainsi que les

membres de leur famille ou la personne vivant maritalement avec eux (5°). Le **c** du **1°** du **III** ajoute « *toute autre personne qui relève de la législation de sécurité sociale d'un autre État en raison de son activité professionnelle, ainsi que les membres de sa famille qui résident avec elle de manière stable et régulière en France* » ;

– des ressortissants des États membres de l'Union européenne parties à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE), entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre (6°). Le **c** du **1°** du **III** ajoute une exception pour les ressortissants suisses.

Enfin, le **d** du **1°** du **III** propose la création d'un article L. 160-7, anciennement L. 332-3, qui précise que les frais liés aux soins dispensés hors de France ne peuvent être pris en charge par l'assurance maladie, sous réserve des conventions internationales et des règlements européens et des dérogations fixées par décret en Conseil d'État lorsque l'assuré ou l'un de ses ayants droit tombe malade dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'EEE et ne peut recevoir en France les soins appropriés à son État.

Le décret mentionné à l'alinéa précédent :

- fixe également les adaptations nécessaires à la prise en charge des soins ;
- peut prévoir les modalités selon lesquelles le service de la prise en charge des frais de santé est confié à un ou plusieurs organismes agissant pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

L'article L. 160-7 reprend globalement la lettre de l'article L. 332-3 ; seules quelques modifications rédactionnelles sont proposées en conséquence des évolutions proposées par les *a*, *b* et *c* du **1°** du **III**.

4. Dispositions de coordination

La reconnaissance du droit à la prise en charge des frais de santé selon le critère de résidence stable et régulière en France permettra à toute personne n'exerçant pas d'activité professionnelle, sous réserve qu'elle remplisse le critère de résidence, de ne plus avoir à justifier des raisons de son affiliation à l'assurance maladie.

Les dispositions du code de la sécurité sociale prévoyant l'affiliation à un régime de sécurité sociale pour un motif autre que le travail deviennent superfétatoires. Le **N** du **IX** abroge par conséquent les articles du code de la sécurité sociale sans objet :

- les articles L. 381-19, L. 381-20, L. 381-21 et L. 381-22 relatifs à l'affiliation des invalides de guerre ;

– l'article L. 381-26 relatif aux bénéficiaires de l'allocation aux vieux travailleurs salariés et de l'allocation aux mères de famille – ces allocations ont d'ailleurs été abrogées ;

– les articles L. 381-27 et L. 381-28 relatifs à l'affiliation au régime général des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) non assujettis à un autre régime d'assurance maladie obligatoire ;

– l'article L. 613-3 relatif à l'affiliation de certaines catégories de travailleurs indépendants.

C. LES MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les 2° et 3° du **III** insèrent les sections 2 et 3 au sein du chapitre « *Dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé* ».

1. Les prestations couvertes par la prise en charge des frais de santé

La section 2 du chapitre nouveau, intitulée « *Dispositions relatives aux prestations* », crée cinq articles qui sont tous issus d'anciens articles du code de la sécurité sociale et ne modifient pas le périmètre des prestations servies.

- *Les conséquences de l'universalisation de la prise en charge des frais de santé*

L'universalisation de la prise en charge des frais de santé signifie que tout assuré, quel que soit le régime auquel il est rattaché et quel que soit le fait générateur de son affiliation, peut bénéficier de la prise en charge des prestations « en nature », c'est-à-dire des dépenses directement destinées au remboursement des frais médicaux rendus nécessaires par la maladie ou par la maternité.

Par conséquent, le 2° du **IV** supprime l'article L. 161-2 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi du 27 juillet 1999 relative à la couverture maladie universelle et devenu obsolète, qui visait à supprimer les conditions de durée minimale d'immatriculation ou d'affiliation exigées pour percevoir les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité dans tous les régimes obligatoires.

Les prestations en espèces, toutefois, restent soumises au versement de cotisations et ne sont donc pas couvertes par la présente réforme. Le **a** et le **b** du 3° du **VIII** modifient à cet effet l'article L. 313-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser que l'assuré social doit justifier d'une cotisation minimum ou d'un nombre d'heures minimum de travail salarié ou assimilé pour avoir droit aux prestations en espèces des assurances maternité et décès et aux indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1 du même code.

● *Les prestations maladie*

En premier lieu, le **a** du 2° du **III** crée l'article L. 160-8 qui détaille le bénéfice des prestations auxquels peuvent prétendre les bénéficiaires de la prise en charge des frais de santé en cas de maladie. Il reprend les prestations actuellement listées à l'article L. 321-1 du même code et actualise leur numérotation. Il s'agit en résumé :

– de la couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèse dentaire, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'examens de biologie médicale, des frais d'hospitalisation, de réadaptation et de rééducation, des frais d'interventions chirurgicales (1°) ;

– de la couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit désignés à l'article L. 160-2 (2°) ;

– de la couverture des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans des établissements d'enseignement assurant une éducation ou un accompagnement social ou médico-social adaptés (3°) ;

– de la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse (4°) ;

– de la couverture des frais relatifs aux actes et traitements à visée préventive et notamment les frais afférents aux vaccinations (5°) ;

– de la couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire (6°).

Le paragraphe 5° de l'article L. 321-1 relatif aux indemnités journalières, c'est-à-dire des prestations en nature, n'est pas concerné par l'article 39 et n'est donc pas transféré à l'article L. 160-8. En conséquence, le **a** et le **b** du 4° du **VIII** modifient l'article L. 321-1 qui ne comporte plus qu'un seul alinéa.

Par souci de coordination, les références à l'article L. 321-1 sont supprimées ou sont remplacées par la référence à l'article L. 160-8 aux paragraphes suivants : au **b** du 2° du **III** ; au **i** du 3° du **III** ; au 5° du **VIII** ; au 1° du **I** du **IX** ; aux 3° et 5° du **M** du **IX** ; au 2° du **R** du **IX**.

● *Les prestations maternité*

Le **b** du 2° du **III** crée un article L. 160-9, qui reprend sans le modifier le contenu de l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale, afin de détailler les prestations en nature couvertes au titre de l'assurance maternité : prise en charge des frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyse et d'examens de laboratoires, d'appareils et d'hospitalisation, prise en charge des frais afférents à l'accouchement et à ses suites.

Par ailleurs, le 3° du **IV** modifie l'article L. 161-3 du même code afin de préciser que les prestations en espèces de l'assurance maternité sont attribuées sous condition d'un montant minimal de cotisations ou de durée minimale de travail salarié.

- *Dispositions de coordination*

L'universalisation de la prise en charge des frais de santé entraîne pour conséquence l'obsolescence de la distinction entre prestations « en nature » et prestations « en espèces » dans le code.

L'article 39 propose dès lors de substituer à l'ensemble des occurrences du code de la sécurité sociale faisant référence à des prestations en nature délivrées sous condition d'un montant minimum de cotisations ou de durée minimale de travail, ou à la condition de résidence en France, une référence à la « *prise en charge des frais de santé* ». Ces modifications sont effectuées : au **b** du 2° du **I** ; au **a** du 3° du **III** modifiant la référence à l'article L. 160-16 ; au 3° du **IV** ; au 6° du **IV** ; au **VII** ; au 1° et au 7° du **VIII** ; au **A** du **IX** ; au **a** du 2° du **G** du **IX** ; aux **a, b et c** du 1° du **H** du **IX** ; au **c** du 2° et au 7° du **H** du **IX** ; au 2° du **I** du **IX** ; au 5° du **K** du **IX** ; au 1° du **L** du **IX** et au 1° du **M** du **IX**. Par coordination, sont modifiés le 3° du **H** du **IX** et les **a et b** du 4 du **H** du **IX**.

De la même manière, sont supprimées toutes les références aux termes « en nature ». Il s'agit des modifications proposées : à l'article L. 160-12 modifié par le **b** du 2° du **III** ; aux **a et b** du 4° du **IV** ; aux **a, b et c** du 2° du **VIII** ; au 3° du **I** de l'article L. 313-1 modifié par le **a** du 3° du **VIII** ; aux **b et c** du 6° du **VIII** ; au 8° du **VIII** ; aux **a et b** du 1° du **B** du **IX** ; au 2° du **B** du **IX** ; au **C** du **IX** ; au 4° du **L** du **IX** ; aux **a et b** du 2° du **H** du **IX** ; au 4° du **L** du **IX**.

Le **N** du **IX** propose également de supprimer les articles se référant aux seules prestations en nature : il s'agit des articles L. 161-5, L. 161-7, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 311-5-1, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-4, L. 313-5, L. 371-2, L. 381-7, L. 381-26 du code de la sécurité sociale. Le cas échéant, les références à certains de ces articles sont supprimées, notamment par le 3° du **O** du **IX** qui supprime la référence aux articles L. 311-9 et L. 311-10.

Par voie de conséquence, lorsque cela est nécessaire, il est précisé que les prestations versées sous condition de cotisation ou de durée minimale de travail sont des prestations « en espèces ». Cette modification est proposée au 1° du **VIII**, au **a** du 2° du **VIII**, au 3° du **I** de l'article L. 313-1 modifié par le 3° du **VIII**, et enfin aux **b et c** du 6° du **VIII**.

Enfin, le terme « d'assurance sociale » ne paraît plus toujours approprié lorsque les prestations servies le sont au titre de la couverture universelle. Lorsque c'est pertinent, il est donc également proposé de supprimer les termes « d'assurances sociales » par ceux de « sécurité sociale » au **D** du **IX**, au 1°, 3°, 4° et 5° du **E** du **IX**, aux 5° et 6° du **H** du **IX** et de remplacer les termes « assurances

maladie, maternité, invalidité et décès » par la « branche maladie, maternité, invalidité et décès » au 2° du **E** du **IX** et au **F** du **IX**.

2. Le versement des prestations par l'assurance maladie

Le **b** du 2° du **III** insère ensuite au sein de la section 2 trois articles L. 160-10, L. 160-11 et L. 160-12 issus respectivement des articles L. 322-1, L. 332-1 et L. 322-7 du code de la sécurité sociale.

L'article L. 160-10 reprend et modifie l'article L. 322-1 qui dispose que la part de remboursement des prestations garanties par la caisse primaire d'assurance maladie ne peut excéder le montant des frais exposés. Il est précisé que le remboursement des frais engagés est : soit versé « *au professionnel de santé dans le cadre du mécanisme du tiers payant* », soit remboursé « *directement à l'assuré* », soit remboursé à l'organisme ayant reçu délégation de l'assuré dès lors que les soins ont été dispensés par un établissement ou un praticien ayant passé convention avec cet organisme.

L'article L. 160-11 reprend le texte de l'article L. 332-1 relatif à la prescription de deux ans pour le paiement des prestations de l'assurance maladie ; il supprime également la référence aux ayants droit.

Enfin, l'article L. 160-12 pose le principe de l'incessibilité et de l'insaisissabilité des prestations, en élargissant le terme à l'ensemble des prestations et non seulement aux prestations en nature auxquelles se limitait l'article L. 322-7. Ce principe ne vaut pas, néanmoins, pour le recouvrement de prestations indûment versées en raison d'une manœuvre frauduleuse ou d'une fausse déclaration de l'assuré. Par coordination, il remplace également la référence à l'article L. 321-1 par la référence à l'article L. 160-8.

3. Les modalités de la participation de l'assuré

Le 3° du **III** propose ensuite la création d'une section 3 au sein du nouveau chapitre relatif à la prise en charge des frais de santé. Cette section, intitulée « *Participation de l'assuré* », comprend quatre articles L. 160-13 à L. 160-16 qui reprennent ou modifient les dispositions existantes du code relatives à la participation de l'assuré aux prestations d'assurance maladie, sans modification sur le fond.

L'article L. 160-13 reprend l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, en y effectuant seulement une modification de coordination. Il définit les principes régissant la participation de l'assuré aux frais de médecine générale et spéciale, aux frais de transport et aux frais d'hébergement et de traitement des enfants et adolescents handicapés (1° à 3° de l'article L. 160-8 nouveau). Il reprend aussi le principe d'une participation forfaitaire de l'assuré pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie, et précise les modalités de la franchise forfaitaire annuelle laissée à la charge de l'assuré

pour les frais relatifs aux médicaments, aux actes effectués par un auxiliaire médical ou aux transports médicaux.

L'article L. 160-14 reprend l'article L. 322-3 du même code qui définit les catégories de bénéficiaires ou de soins ouvrant droit à une diminution ou à la suppression de la participation de l'assuré aux frais de santé. Plusieurs transformations sont néanmoins proposées :

– le *i* du 3° du **III** remplace respectivement les références aux articles L. 321-1, L. 322-2 et L. 322-5 par les références aux articles L. 160-8, L. 160-13 et L. 162-43 ;

– le *ii* et le *iv* du 3° du **III** opèrent une modification de coordination.

Ensuite, l'article L. 160-15 est issu de l'article L. 322-4 du même code qui prévoit les situations d'exonération intégrale de franchise : en cohérence avec l'évolution du statut des ayants droit proposée à l'article L. 160-2, le 3° du **III** dispose que « *les mineurs* » – et non plus les « *ayants droit mineurs* » – sont exonérés du paiement des franchises médicales.

Le dernier article de la section 3, l'article L. 160-16, reprend l'article L. 322-8 du même code : il prévoit, en tenant compte des deux modifications de conséquence prévues au *d* du 3° du **III**, la gratuité des prestations d'assurance maladie pour les bénéficiaires relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées.

III. LES MODALITÉS D'ORGANISATION DES ORGANISMES GESTIONNAIRES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES D'ASSURANCE MALADIE

Le 4° du **III** insère enfin une section 4 intitulée « *Dispositions relatives à l'organisation et au service des prestations* », et constituée d'un unique article L. 160-17.

A. LA SIMPLIFICATION DES RÈGLES D'OUVERTURE DES DROITS NÉCESSITE DE RÉORGANISER LES PROCÉDURES OPÉRATIONNELLES DE GESTION DES ASSURÉS

L'un des objectifs de la protection universelle maladie est de faciliter les démarches d'affiliation des assurés et de limiter les mutations inter-régimes.

Le premier alinéa de l'article L. 160-17 rappelle que pour les personnes exerçant une activité professionnelle, la prise en charge des frais de santé est assurée, en toute logique, « *par les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires auxquels elles sont affiliées* », selon des conditions définies par décret, et sans changement, donc, par rapport à la situation actuelle.

La situation évolue, cependant, pour les personnes qui n'exercent pas d'activité professionnelle, pour lesquelles le décret mentionné à l'alinéa ci-dessus devra également déterminer les conditions de leur gestion.

En premier lieu, les assurés qui, ne pouvant justifier de l'affiliation à l'assurance maladie à aucun autre titre, bénéficiaient de la CMU de base, n'auront plus à remplir de demande de CMU-b ni à en demander chaque année le renouvellement puisqu'ils ont droit, au titre de leur résidence stable et régulière en France, à la protection universelle maladie.

En second lieu, la suppression progressive du statut d'ayant droit majeur permettra de supprimer tous les changements de droits et d'organismes gestionnaires aujourd'hui induits par les changements de situation personnelle de l'assuré auquel est rattaché l'ayant droit.

En guise d'illustration, si un assuré rattaché au régime général bascule dans le régime social des indépendants (RSI) du fait d'un changement d'activité professionnelle, son conjoint ayant droit sans activité professionnelle restera géré par le régime général, alors qu'en l'état du droit, il aurait également basculé dans le RSI. Toutefois, le deuxième alinéa de l'article L. 160-17 propose de renvoyer au décret le soin de déterminer les modalités selon lesquelles une personne mariée, liée par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage, peut demander à être gérée par l'organisme dont relève son conjoint.

La réorganisation des organismes gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire s'accompagnera également de mesures de niveau réglementaire, présentées brièvement dans l'étude d'impact attachée au projet de loi. Afin d'améliorer les transitions entre les régimes, des travaux sont en cours pour aboutir à un processus entièrement dématérialisé de mutation entre caisses d'un même régime ou entre plusieurs régimes : grâce à une mutation « en un clic », les délais de mutation seraient diminués au moins de moitié.

Cette simplification de la gestion aura pour corollaire une moindre sollicitation des services administratifs de l'assurance maladie dédiés à la gestion des bénéficiaires : l'étude d'impact estime que la mesure permettra de réduire d'au moins un quart (soit 2 000 ETP) les effectifs consacrés à la gestion des droits dans les organismes.

B. LA RÉFORME DES DÉLÉGATIONS DE GESTION

Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 160-17 nouveau reviennent ensuite sur le périmètre et les modalités des délégations de gestion accordées à des mutuelles ou des sociétés d'assurance, pour la gestion de l'assurance maladie obligatoire.

Il n'est pas aisé de comprendre les enjeux des délégations de la gestion de l'assurance maladie obligatoire à des assureurs et mutuelles sans revenir sur les considérations historiques à l'origine de ce fonctionnement particulier.

La mise en place des régimes obligatoires d'assurance maladie, au lendemain de la Seconde guerre mondiale, s'est effectuée sans remettre en cause certaines des organisations qui lui préexistaient. Plusieurs catégories de personnes bénéficiaient avant 1945 d'un régime particulier d'assurance maladie : c'était le cas par exemple des fonctionnaires de l'État, depuis les lois organiques des 14 avril 1924 et 21 mars 1928, pour lesquelles les prestations étaient servies par des mutuelles de santé. La loi n° 47-649 du 9 avril 1947 dite « loi Morice » a conservé ces organisations spécifiques en confirmant le monopole de la gestion de l'assurance maladie des fonctionnaires de l'État par les mutuelles.

De même, la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 relative à l'assurance à l'assurance maladie et à l'assurance maternité des travailleurs non-salariés des professions non-agricoles a laissé aux mutuelles et aux sociétés d'assurance la possibilité d'assurer la gestion du régime obligatoire d'assurance maladie des travailleurs indépendants.

Conséquence de cet héritage, plusieurs catégories d'assurés relèvent encore, pour l'assurance maladie obligatoire, d'une gestion par les mutuelles :

– les fonctionnaires, qui sont gérés par deux types de mutuelles : les fonctionnaires civils de l'État et les magistrats relèvent de l'article L. 712-6 du code de la sécurité sociale ; les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relèvent pour leur part de l'article L. 211-4 du même code, lequel prévoit qu'un groupement mutualiste remplissant certaines conditions peut être habilité par la caisse primaire d'assurance maladie en qualité de section locale ;

– les étudiants mentionnés à l'article L. 381-3 du même code ;

– les travailleurs indépendants des professions non agricoles mentionnés à l'article L. 613-1 du même code.

Ces délégations de gestion sont prévues par la loi, mais leur mise en œuvre relève de textes réglementaires et de conventions. Elles permettent aux mutuelles et, le cas échéant, aux assureurs, de servir les prestations de base ainsi que les prestations complémentaires. En contrepartie, l'assurance maladie leur verse des remises de gestion, qui correspondent aux fonds nécessaires au service des prestations.

La gestion de certaines de ces mutuelles est décriée ; la Cour des comptes, notamment, a fustigé à plusieurs reprises le coût de la gestion de ces délégations. Elle soulignait de surcroît dans son rapport de 2006 sur la Sécurité sociale que « *la délégation de gestion ne paraît pas avoir favorisé le développement de politiques nouvelles ou le respect de principes gestionnaires rigoureux* ».

- *Les ajustements proposés*

Le 4° du III de l'article 39 propose de revoir le périmètre de ces délégations de gestion.

Les mutuelles en charge de la gestion de l'assurance maladie obligatoire des fonctionnaires et de l'État disposent aujourd'hui d'un monopole de gestion ; à ce titre, elles sont tenues d'assurer l'ensemble de la gestion de ce régime obligatoire de base. Ce monopole de gestion peut causer deux types de difficultés :

– d'une part, les mutuelles ne peuvent se décharger d'aucune activité liée à la gestion d'un régime obligatoire, quand bien même la réalisation de cette activité par la mutuelle est coûteuse et peu efficace ;

– d'autre part, en cas de défaillance d'un organisme gestionnaire, il n'existe aucun moyen pour le régime général d'assurer temporairement ou durablement la gestion des personnes rattachées à cet organisme, ce qui peut entraîner un défaut de service des prestations.

- S'agissant de la première difficulté, la pratique montre que dans un souci de diminution de leurs coûts de gestion, plusieurs mutuelles de fonctionnaires et gestionnaires de régimes d'assurance maladie ont déjà fait le choix d'adosser leurs activités liées à la gestion des prestations légales d'assurance maladie à la CNAMTS, par exemple dans le cadre du développement d'un système d'information.

Pour sécuriser ces pratiques, une récente mission commune de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) proposait de mettre fin au monopole créé par la loi Morice. Le troisième alinéa de l'article L. 160-7 reprend cette proposition en indiquant que les opérations de gestion des mutuelles ou des groupements de mutuelles des fonctionnaires civils de l'État, en activité (art. L. 712-1 du code de la sécurité sociale) ou à la retraite (art. L. 712-2 du même code) ainsi que des mutuelles étudiantes (art. L. 381-4 du même code) sont déléguées « *en tout ou partie* » à ces organismes. Cette disposition permet aux mutuelles qui le souhaitent de renoncer à certaines tâches de gestion afférentes à la gestion de tout régime obligatoire, l'objectif visé par cette disposition étant de favoriser *in fine* un partage des coûts et des produits plus cohérents entre l'assurance maladie et les organismes délégataires.

En ce qui concerne le régime obligatoire des travailleurs indépendants, le même alinéa précise que les opérations de gestion de ce régime « *peuvent* » être déléguées, en tout ou partie, aux mutuelles ou groupements d'assureurs qui en assurent aujourd'hui la gestion intégrale.

La portée de cet article n'est donc pas identique selon le régime concerné. Les organismes délégataires de l'assurance maladie obligatoire des fonctionnaires et des étudiants sont assurés de continuer à recevoir délégation de l'assurance

maladie pour effectuer ces opérations de gestion, même si le périmètre de cette délégation pourra être plus étroit à l'avenir qu'il ne l'est aujourd'hui compte tenu de la situation monopolistique de ces mutuelles. L'exposé des motifs précise cependant que « *s'agissant de la fonction publique, l'intention du Gouvernement est de préserver le cadre actuel qui délègue la gestion du régime obligatoire aux mutuelles de la fonction publique, tout en rendant possibles les conventions conclues* ».

La délégation d'opérations de gestion du régime obligatoire des travailleurs indépendants aux mutuelles assurant la gestion du régime obligatoire des travailleurs indépendants, en revanche, n'est plus évoquée que comme une faculté.

En pratique, la fin du monopole de gestion des mutuelles étudiantes et des mutuelles de fonctionnaires se traduit par l'abrogation des articles L. 381-9 et L. 381-10 du code de la sécurité sociale, pour les étudiants, et par l'abrogation des articles L. 712-6, L. 712-7 et L. 712-8 du même code pour les fonctionnaires, l'article L. 712-7 étant relatif aux remises de gestion accordées par l'assurance maladie aux mutuelles de fonctionnaires.

- Pour pallier l'absence d'outils à la disposition de l'assurance maladie en cas de défaillance d'un organisme gestionnaire auquel elle a délégué la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, le dernier alinéa de l'article L. 160-17 renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de déterminer les conditions dans lesquelles il peut être mis fin à un organisme défaillant, cette défaillance étant appréciée « *au vu des résultats constatés* ».

Ce décret doit par ailleurs fixer avec précision le périmètre des activités déléguées et les modalités d'organisation et de mise en œuvre de ces délégations, notamment en termes de performances attendues du délégataire.

- Le **N** du **IX** supprime les articles L. 211-3 à L. 211-7 du code de la sécurité sociale relatifs, comme on l'a vu, aux mutuelles assurant la gestion des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers. Ces mutuelles sont régies par des règles dérogatoires aux règles applicables aux délégations de gestion : contrairement aux mutuelles de fonctionnaires mentionnées à l'article L. 712-1, elles ne sont pas obligées de gérer le régime obligatoire, mais elles ont passé des conventions avec les caisses primaires d'assurance maladie qui leurs délèguent le droit de servir les prestations obligatoires. Elles bénéficient à ce titre de remises de gestion spécifiques, dont le mode de calcul diffère de celui des mutuelles des fonctionnaires de l'État. Ces mutuelles comptent 600 000 bénéficiaires.

La CNAMTS a entrepris la reprise de la gestion de ces mutuelles de l'article L. 211-4 : selon le rapport IGF-IGAS précité, elle a repris 5 mutuelles en 2012 et devait le faire pour deux d'entre elles en 2013.

L'étude d'impact précise que les délégations antérieurement consenties sur le fondement de l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale seront toutes

figées à la date de publication de la loi, et qu'il ne sera plus possible pour les CPAM d'en mettre en places de nouvelles. En conséquence, le **N** du **IX** abroge les articles L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6 et L. 211-7 qui organisent les modalités de cette délégation.

L'étude d'impact ne précise pas pourquoi il est mis fin à ces délégations consenties sur le fondement de l'article L. 211-4. Des explications complémentaires ont toutefois été transmises par le Gouvernement à la rapporteure.

Contrairement aux mutuelles de fonctionnaires ou d'étudiants qui disposent d'une délégation prévue par la loi pour gérer le régime obligatoire d'une catégorie de population identifiée, ces mutuelles ne peuvent obtenir cette délégation d'une CPAM, pour une population donnée, qu'à la condition de la gérer au préalable au titre du régime complémentaire.

Des mutuelles locales ont été agréées par les caisses primaires d'assurance maladie jusque dans les années 1970 ; il n'y a pas eu de nouvelles délégations depuis cette période. Certaines de ces mutuelles ont été intégrées au régime général. Selon les informations du Gouvernement transmises à la rapporteure, « cela signifie qu'il est mis fin à la délégation et que les assurés de la mutuelle deviennent pleinement des assurés du régime général ». Cette intégration aurait concerné, depuis 2012, neuf mutuelles sur les seize délégations existantes au titre de l'article L. 211-4.

Le **A** du **X** précise que les habilitations accordées aux groupements mutualistes sur le fondement de l'article L. 211-4 resteront en vigueur jusqu'au 31 décembre 2019. Dans cet intervalle, à compter du 1^{er} janvier 2016, les groupements mutualistes se verront appliquer les nouvelles règles de gestion introduites par l'article L. 160-17. Le cas échéant, un décret peut déterminer les conditions d'évolution du contenu des délégations liées à ces habilitations pendant la période transitoire entre 2016 et 2019.

- Par coordination avec les ajustements proposés, le **Q** du **IX** supprime, au 4^o de l'article L. 111-1 du code de la mutualité, les références aux articles L. 211 3 à L. 211-7 et les remplace par la référence à l'article L. 160-17 du code de la sécurité sociale.

- *Indemnisation en cas de préjudice anormal et spécial*

Afin de compenser l'éventuelle perte d'activité pour les organismes délégataires en raison d'une réévaluation du périmètre de gestion, le **B** du **X** prévoit d'indemniser ces organismes pour le préjudice subi, sous réserve qu'il présente un caractère anormal et social et qu'il ait pour origine les modifications apportées aux règles régissant les délégations de gestion.

L'indemnité sera fixée dans le cadre d'un constat établi à la suite d'une procédure contradictoire. Un décret doit fixer les conditions et le montant de l'indemnité.

IV. MODALITÉS D'ENTRÉE EN VIGUEUR ET DISPOSITIONS DE COORDINATION

Sauf mention contraire, les dispositions de cet article entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

Comme il a été dit en préambule, la réforme proposée à l'article 39 entraîne la modification ou la recodification d'un nombre important d'articles de loi.

Afin de s'assurer que l'ensemble des dispositions de conséquences ont été examinées, le **R** du **IX** dispose que, dans toutes les dispositions législatives et réglementaires, les références aux articles L. 161-2-1, L. 380-3, L. 332-3, L. 331 2, L. 322-1, L. 322-7, L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4 et L. 322-8 du code de la sécurité sociale sont remplacées respectivement par les références aux articles L. 160-5, L. 160-6, L. 160-7, L. 160-9, L. 160-10, L. 160-11, L. 160-12, L. 160 13, L. 160-14, L. 160-15 et L. 160-16 nouvellement créés dans le même code (1^o du **R**).

Les références à l'article L. 321-1 sont quant à elles remplacées par la référence à l'article L. 160-8, à l'exception des références au 5^o de l'article L. 321-1 remplacées par la référence à l'article L. 321-1 (2^o du **R**).

Cet exercice de renumérotation pouvant s'avérer relativement périlleux, le **R** du **IX** donne au pouvoir réglementaire la possibilité d'y procéder par voie de décret en Conseil d'État.

En outre, certaines conséquences de la réforme sont présentées à d'autres articles du projet de loi de financement : en particulier, la révision de l'architecture financière de l'assurance maladie qui découle de l'article 39 relève de l'article 20 de ce projet de loi.

L'article 39 traite donc de dispositions de conséquence résultant des réformes envisagées à plusieurs articles du projet de loi de financement :

– l'abrogation des articles L. 611-21 et L. 611-22 du code de la sécurité sociale par le **N** du **IX** est une conséquence de la modification des modalités de recouvrement des cotisations du régime social des indépendants présentée à l'article 12 du projet de loi ;

– l'abrogation de l'article L. 380-1 par l'article 20 de ce projet de loi conduit également à remplacer les références à cet article par la référence à

l'article L. 160-1 ou à l'article L. 111-2-3 du code de la sécurité sociale (6° du **IV**, 1° et 2° du **M** du **IX**, 2° du **P** du **IX**).

*

La commission des affaires sociales a adopté deux amendements identiques présentés par la rapporteure et par M. Gérard Bapt au nom du groupe Socialiste, républicain et citoyen, visant à sécuriser les dispositions de l'article 39 relatives aux délégations de gestion. L'amendement maintient notamment dans la loi le principe de remises de gestion de la CNAMTS aux organismes délégataires pour la prise en charge des frais de gestion du régime général. Il précise également les conditions dans lesquelles il peut être mis fin aux délégations de gestion, en cas de défaillance d'un organisme délégataire.

La commission a également adopté un amendement présenté par M. Denis Jacquat visant à maintenir les bénéfices de la couverture offerte par les régimes d'assurance maladie complémentaires obligatoires en Alsace-Moselle pour les actuels ayants droits majeurs de ces régimes.

*

La Commission est saisie des amendements identiques AS9 de M. Jean-Pierre Door et AS23 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Pierre Door. Cet article de seize pages, difficilement lisible – comme l'a lui-même reconnu le rapporteur –, nous est présenté par le Gouvernement comme une simplification. C'est en réalité une telle source de complexification que nous ne pouvons manquer de nous interroger.

Cet article va au bout de la philosophie qui a présidé à la création de la couverture maladie universelle (CMU) en s'affranchissant totalement de la logique d'affiliation à la sécurité sociale. Désormais, il suffira d'être résident régulier sur le territoire français pour avoir droit à une protection maladie universelle. Il opère donc un véritable changement de paradigme.

Il est précisé dans l'étude d'impact, particulièrement superficielle, que les conditions d'affiliation vont être drastiquement simplifiées. Il nous paraît quasiment impossible de mesurer les conséquences pratiques de telles dispositions, notamment en termes d'éventuelle augmentation du nombre d'ouvertures de droits, voire de fraudes.

Si nous ne sommes pas opposés *a priori* à la simplification, nous refusons le processus tel qu'il est envisagé dans le présent article, puisqu'il ne s'accompagne pas des garanties nécessaires alors que les comptes de la branche maladie, qui n'ont cessé de se dégrader, sont en déficit de 7,5 milliards en 2015.

Le Gouvernement entend, par ailleurs, revoir toute l'architecture des règles juridiques qui encadrent les délégations de gestion de certains régimes –

étudiants, indépendants et fonctionnaires. Un tel sujet mérite un véritable débat et non pas un article illisible au détour d'un PLFSS, d'autant qu'un rapport de la MECSS portant précisément sur les délégations de gestion est en cours de rédaction. Là encore, vous mettez la charrue avant les bœufs.

Pour toutes ces raisons, nous demandons la suppression de l'article 39.

M. Jean-Pierre Barbier. Le coût des dispositions de cet article n'est pas estimé. Dès lors qu'une personne résidera sur notre territoire, elle pourra bénéficier d'une couverture universelle sans obligation de cotisation. C'est une perte de sens de ce qu'est la protection sociale dans notre pays, laquelle repose sur la cotisation.

Par ailleurs, le droit de la gestion mutualiste sera désormais d'ordre réglementaire : il relèvera d'un décret simple. Le texte parle ainsi de délégation et non plus d'habilitation de droit. Cela constitue, là encore, un changement profond.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Monsieur Door, je connais votre implication sur ces dossiers, mais je crains que l'exposé sommaire de votre amendement n'introduise une certaine confusion. L'article 39 n'a aucunement vocation à élargir le périmètre des personnes ayant droit à l'assurance maladie puisque, je vous le rappelle, depuis la création de la couverture maladie universelle en 1999, toute personne résidant sur le territoire français de manière stable et régulière a déjà droit aux prestations en nature de l'assurance maladie. Il n'y aura donc pas d'augmentation du nombre d'ouvertures de droits. En l'état, le texte devrait s'appliquer à périmètre constant. Ce que propose cet article, c'est de simplifier les modalités d'affiliation afin d'éviter les ruptures de droits.

Je reconnais qu'il y a une certaine touche d'humour dans le décalage entre l'objectif de simplification et la complexité de la présentation. L'amendement que je vais vous présenter contient toutefois des solutions qui permettront de le réduire.

Aujourd'hui, il existe une multitude de statuts ouvrant droit à la prise en charge des frais de santé : étudiants, anciens combattants, salariés, bénéficiaires de l'allocation d'adulte handicapé, et la liste n'est pas close. Les services de l'assurance maladie sont très sollicités pour effectuer les vérifications permettant de déterminer à quel titre exact un affilié a droit à l'assurance maladie alors que, *in fine*, toute personne résidant sur le territoire français de manière stable et régulière y a droit.

L'article 39 propose de réduire à deux conditions alternatives le bénéfice de la prise en charge des frais de santé : l'exercice d'une activité professionnelle ou la résidence stable et régulière en France. Cela n'implique aucun changement par rapport aux conditions actuelles.

Voilà qui permettra aux services de l'assurance maladie de se concentrer sur le contrôle *a posteriori* au lieu de s'attarder sur la vérification des statuts.

S'agissant de la délégation, je reconnais bien volontiers que certains points restent à éclaircir. Je propose un amendement visant à éclairer l'intention du texte et vous invite à prolonger ce débat avec la ministre en séance publique.

M. Jean-Pierre Barbier. L'article 39 est si complexe que nous reconnaissons bien volontiers nos difficultés à l'interpréter ; nous nous réjouissons des éclairages que pourra nous fournir Mme la ministre en séance. Il n'en demeure pas moins que son exposé des motifs indique que « la présente mesure a pour objectif d'achever le processus d'universalisation de la prise en charge des frais de santé », ce qui laisse légitimement penser qu'il est procédé à une extension du périmètre.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Vous avez raison, cette formulation n'est pas la bonne, je le déplore comme vous.

Mme Isabelle Le Callennec. Madame la rapporteure, pouvez-vous préciser les critères attachés aux conditions d'une résidence stable et régulière et de l'exercice d'une activité professionnelle ?

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. La résidence stable s'entend au-delà de six mois. Cette condition, qui figure déjà dans le code de la sécurité sociale, sera précisée par décret, comme cela est indiqué au bas d'une des nombreuses pages de l'article, ce qui, reconnaissons-le, en rend la lecture un peu délicate.

La Commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS159 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Bérengère Poletti. Dans sa rédaction actuelle, l'article 39 place en situation de risque des millions d'assurés qui bénéficiaient jusqu'alors de prestations en nature des assurances maladie et maternité, selon des modalités et une qualité de service reconnues. Il peut conduire à une profonde transformation de l'architecture de différents régimes.

Les dispositions proposées ne vont pas suffisamment loin dans l'effort de simplification. Il apparaît dès lors indispensable de consolider les fondements de la gestion actuelle en délimitant clairement les périmètres d'intervention des différents organismes gestionnaires des régimes obligatoires.

Pour ces raisons, cet amendement propose de permettre le rattachement d'une famille à un même organisme, sans remettre en cause le nouveau principe selon lequel un ayant droit majeur devient un assuré à part entière. Il prévoit par ailleurs d'inscrire dans la loi la gestion par les mutuelles de fonctionnaires des prestations de santé et maternité des agents non titulaires de la fonction publique,

lorsqu'ils en font la demande. Enfin, il pose l'obligation pour tous les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de conclure une convention prévoyant les objectifs à remplir en matière de qualité de service, ainsi que les fonds nécessaires à la réalisation de cette gestion déléguée.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Madame Poletti, compte tenu de la scission de votre amendement initial, l'argumentaire que vous venez de faire ne correspond plus au texte de l'amendement AS159. Ceci étant, votre amendement ainsi présenté se contente de déplacer une phrase sans la modifier et présente un intérêt plus que limité. Si vous ne le retirez pas, mon avis sera défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS168 de M. Jean-Pierre Door.

M. Bernard Perrut. L'objet principal de l'article 39 est d'achever le processus d'universalisation de l'assurance maladie obligatoire et de modifier de manière substantielle la gestion des régimes obligatoires d'assurance maladie par les mutuelles. Il abroge en effet les dispositions législatives organisant les délégations de gestion aux mutuelles ainsi que les délégations pour les travailleurs indépendants du commerce. Ces dispositions font peser un risque sur plus de 8 millions de personnes, qui bénéficiaient jusqu'alors des prestations en nature des assurances maladie et maternité.

Nous proposons par cet amendement trois modifications qui vont dans le même sens que celles envisagées par Mme Poletti dans son amendement.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Avis défavorable. L'article 39 réforme le statut d'ayant droit majeur. Désormais, toutes les personnes âgées de dix-huit et plus bénéficieront de la prise en charge des frais de santé à titre personnel. En toute objectivité, il s'agit d'un véritable progrès en matière d'individualisation des droits.

Votre amendement propose le rattachement à titre personnel des agents non titulaires de la fonction publique au régime du conjoint fonctionnaire. En réalité, si ce rattachement peut être opéré, c'est en raison non pas de liens conjugaux, mais de droits personnels.

Le rattachement familial que vous prévoyez renvoie à une définition trop large. Cela n'a pas de sens, par exemple, qu'un étudiant puisse demander à être rattaché au régime de ses parents. Vous ne menez pas le raisonnement jusqu'au bout.

M. Bernard Accoyer. Madame la rapporteure, nous nous étonnons de l'absence d'étude d'impact. Cela pose tout d'abord un problème de constitutionnalité. Cela dénote ensuite une certaine irresponsabilité quant à l'avenir de l'assurance maladie elle-même. Vous prétendez que l'évolution prévue à l'article 39 s'opérera à périmètre constant. Or il est bien évident, lorsque l'on

connaît les dérapages qui existent dès que l'on ouvre la possibilité d'accéder à la totalité des soins à titre quasiment gratuit – et, de plus en plus, en ayant recours au tiers payant –, qu'il y aura des fraudes. Je ne demanderai pas que l'on fouille la question de l'immigration et des étrangers en situation irrégulière. (*Protestations.*)

Pas à pas, article après article, vous ouvrez des droits qui sont autant de dépenses supplémentaires, quand, dans le même temps, vous opérez des réductions de tarifs qui menacent des secteurs entiers – je pense notamment au secteur du médicament.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Monsieur Accoyer, avec beaucoup de respect, je me permets de vous renvoyer aux pages 209 et 210 de l'étude d'impact, tout en reconnaissant qu'il est difficile de s'y retrouver, puisque l'étude d'impact se réfère à l'article 38 devenu l'article 39 après le passage en Conseil d'État. Vous serez, j'en suis certaine, convaincue par ces analyses.

M. Bernard Accoyer. Vous conviendrez que ces changements d'article nous conduisent à étudier le texte dans des conditions anormales. Ces façons de faire me paraissent un peu légères !

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. C'est le Conseil d'État qui a imposé cette modification.

M. Gérard Sebaoun. Je ne peux accepter que M. Accoyer dérape au point d'affirmer que les étrangers en situation irrégulière sont concernés par ce texte, alors qu'il sait comme moi que l'aide médicale d'État relève de la mission « Santé ». S'il a quelque chose à dire, il le dira lorsqu'elle sera examinée !

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements identiques AS394 de la rapporteure et AS379 de M. Gérard Bapt, et l'amendement AS169 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'article 39 propose de faire évoluer les conditions de délégation de gestion des régimes d'assurance maladie obligatoire à des mutuelles, groupements de mutuelles ou assureurs.

Le monopole de gestion délégué à certains organismes a pu se révéler problématique : en cas de défaillance d'un organisme délégataire, par exemple, l'assurance maladie ne dispose d'aucun instrument lui permettant d'assurer la continuité de la prise en charge des personnes gérées par la mutuelle défaillante. Le droit existant ne prévoit pas non plus les situations dans lesquelles les organismes délégataires souhaitent, pour des raisons de coût et d'efficacité, confier à l'assurance maladie certaines missions propres à la gestion de tout régime obligatoire, à l'instar du développement d'un système d'information.

La réforme proposée abroge plusieurs dispositions législatives et renvoie à un décret les modalités d'organisation et de mise en œuvre de ces délégations.

Cet amendement opère plusieurs clarifications afin de sécuriser les évolutions proposées au regard du droit existant : il maintient dans la loi le principe des remises de gestion, tandis que les modalités de ces remises sont renvoyées au décret ; il précise également les conditions dans lesquelles il peut être mis fin aux délégations de gestion, en cas de défaillance d'un organisme délégataire ou en cas de demande formulée par une mutuelle.

La quatrième partie de ce volumineux article 39 serait consolidée par cette rédaction. Ainsi modifié, il ne devrait plus soulever de contestations de la part des organismes concernés.

M. Gérard Bapt. J'aimerais souligner l'importance de l'article 39 : il vise à éviter toute rupture de droits. Nous savons que celles-ci interviennent parfois en cas de changement de résidence, d'activité professionnelle ou de statut social, et qu'elles peuvent durer plusieurs mois, ce qui conduit à des situations sociales difficiles.

Par ailleurs, cet article traite du problème des délégations de gestion. Je comprends les craintes ressenties par certains organismes dont les délégations pourraient être désormais retirées par décision réglementaire, et non plus législative. Cette procédure ne s'applique toutefois qu'en cas de défaillance – je pense aux mutuelles étudiantes – ou de démarche volontaire. Pour les mutuelles ne posant pas problème, qu'il s'agisse de l'éducation nationale, du personnel hospitalier ou de la fonction publique territoriale, seule une décision législative peut mettre fin à la délégation.

M. Arnaud Robinet. Il est scandaleux que le Gouvernement veuille sauver une mutuelle étudiante, La Mutuelle des étudiants (LMDE), ex-MNEF, qui est purement et simplement un organe politique connu pour lui faire de la publicité dans les universités. Qu'en est-il des autres mutuelles étudiantes et des mutuelles régionales ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. C'est un procès d'intention difficile à entendre, monsieur Robinet. La Mutuelle des étudiants a des problèmes depuis des années. Lorsque vous étiez au pouvoir, vous n'avez rien fait pour y mettre fin. C'est nous qui avons commencé à prendre des décisions. Quant aux accusations de propagande politique, elles sont totalement infondées. Je vous invite à davantage de retenue et considère que vous avez défendu l'amendement AS169.

M. Bernard Accoyer. Je ne suis pas certain que Mme la rapporteure mesure bien ce qu'on lui a mis dans son amendement. (*Protestations.*)

M. Gérard Bapt. C'est inadmissible, vous ne vous adresseriez jamais de cette façon à un homme !

M. Bernard Accoyer. Renvoyer au décret la fin de délégation implique que l'on ne puisse appliquer de sanctions. De la part d'un Gouvernement toujours prompt à en émettre, cela me paraît fort étonnant et, pour tout dire, suspect.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Vous pouvez défendre vos positions, monsieur Accoyer, tout en respectant Mme la rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Monsieur Accoyer, pour éviter les confusions, vous devriez lire non pas les notes de votre attaché, mais le texte lui-même. C'est toujours mieux. Et cela vaut aussi pour l'étude d'impact.

Après cet échange sportif, venons-en à l'amendement AS169. Tout d'abord, il prévoit de laisser aux organismes gestionnaires du régime social des indépendants la gestion du recouvrement des cotisations d'assurance maladie ; ce qui est incompatible avec l'article 12 de ce projet de loi.

De manière générale, il propose ni plus ni moins de revenir au *statu quo* : autrement dit, de parti pris, il ignore le cas des défaillances ou des demandes formulées par les mutuelles elles-mêmes.

Je tiens à signaler à M. Robinet que, si les dispositions que Gérard Bapt et moi-même visons dans nos amendements avaient été votées par votre majorité, la LMDE n'aurait pas connu les mêmes difficultés puisqu'elle aurait rejoint le régime général. Il faut rappeler que l'assurance maladie n'a actuellement aucun moyen juridique pour reprendre la gestion d'un organisme qui rencontre de graves difficultés, au risque de laisser ses affiliés sans couverture santé. Nous lui fournissons désormais des outils.

Par ailleurs, d'un point de vue pratique, il faut prendre en compte le cas des mutuelles qui souhaiteraient profiter de l'expertise et des moyens de l'assurance maladie pour limiter leurs frais. Cela est particulièrement visible s'agissant des systèmes d'information, qui sont coûteux à développer, et qui peuvent être gérés non pas par les mutuelles, mais par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), lorsque les mutuelles en expriment le besoin.

Avis défavorable, donc.

La Commission adopte les amendements AS394 et AS379.

En conséquence, l'amendement AS169 tombe.

La Commission examine ensuite l'amendement AS272 de M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Les régimes locaux d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assurent aux salariés agricoles et non agricoles des prestations servies en complément de celles des régimes obligatoires de base. Cette couverture

complémentaire obligatoire bénéficie aux titulaires de revenus de remplacement et retraités, mais également à leurs ayants droit.

La notion d'ayant droit majeur étant supprimée dans le cadre de la protection universelle maladie, cet amendement, soutenu par les parlementaires alsaciens et mosellans, vise à maintenir le bénéfice de la couverture offerte par ces régimes à cette catégorie de personnes.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cet amendement propose en réalité de corriger un oubli ; la réforme du statut d'ayant droit envisagée à l'article 39 n'entendait pas revenir sur les spécificités propres au régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle. La rédaction proposée par votre amendement, monsieur Jacquat, permet de supprimer la référence aux ayants droit tout en conservant les avantages pour les bénéficiaires actuels en Alsace-Moselle. D'autres parlementaires, Michel Liebgott notamment, ont déposé le même amendement. J'émet donc un avis favorable.

La Commission adopte l'amendement à l'unanimité.

Elle est saisie de l'amendement AS170 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Madame la rapporteure, vous devez reconnaître avec nous que consacrer quatre-vingts pages de l'étude d'impact à un article qui en comporte seize est complétement surréaliste.

Les rapports de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de la Cour des comptes ont mis en évidence des coûts de gestion des mutuelles catastrophiques. À la suite de leur publication, la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) s'est engagée dans une mission portant sur la gestion du régime de l'assurance maladie obligatoire par certaines mutuelles. L'article 39, qui modifie profondément l'architecture des différents régimes, suscite l'interrogation suivante : ne va-t-on pas aboutir à la suppression des mutuelles pour aller vers une assurance universelle ? Si c'est le cas, il faudra vraiment savoir qui est visé et comment procéder. Rappelons que cela supposerait de reprendre plus de 10 000 équivalents temps pleins, les services d'informatisation, les adhésions, parfois très nombreuses dans certaines mutuelles. Vous ciblez LMDE, nous ciblons aussi la mutuelle générale des fonctionnaires et d'autres. Attention à ne pas aller trop vite en besogne. La volonté de simplification risque d'aboutir à des complications nouvelles en termes de qualité de service et de finances.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je comprends vos préoccupations, monsieur Door. L'article 39 propose de supprimer progressivement les mutuelles relevant de l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire celles qui gèrent notamment certains fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers. Ces mutuelles ont reçu une habilitation de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour gérer le régime obligatoire d'assurance maladie d'une catégorie de population donnée. Contrairement aux

autres mutuelles de fonctionnaires et d'étudiants, la délégation accordée n'est pas de droit : elle peut donc être retirée à tout moment.

L'extinction progressive de ce système de délégation répond, je crois, à un principe de bonne gestion : la Cour des comptes nous rappelle régulièrement que les coûts de gestion par des organismes de taille modeste sont souvent bien plus élevés pour un même niveau d'efficience.

Toutefois, je ne connais pas les autres raisons qui conduisent à l'extinction de ces mutuelles. C'est pourquoi je crois qu'il est important que nous ayons ce débat en présence de la ministre, en séance publique, la semaine prochaine. Je vous suggère donc de retirer cet amendement pour le redéposer en séance. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette successivement les amendements AS171 et AS172 de M. Jean-Pierre Door.

Elle adopte enfin l'article 39 modifié.

Article 40

(art. L. 169-1 à L. 169-14 [nouveaux] du code de la sécurité sociale, L. 1226-1 du code du travail, 21-3 à 21-11 [nouveaux] de l'ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte)

Amélioration de la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme

Cet article vise à améliorer la prise en charge des frais de santé engagés par les victimes et les familles des victimes d'actes de terrorisme.

I. LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DES VICTIMES D'ACTES DE TERRORISME REPOSE SUR DES DISPOSITIFS ÉCLATÉS ET PEU LISIBLES

Le régime d'indemnisation des victimes des actes de terrorisme trouve son origine dans la loi n°86-1020 du 9 septembre 1986 relative à la lutte contre le terrorisme, dont l'article 9 donne compétence au Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) pour fixer et régler l'indemnité aux victimes d'actes de terrorisme.

Le FGTI indemnise toutes les victimes d'actes de terrorisme survenus en France à compter du 1^{er} janvier 1985, quelle que soit leur nationalité. Il indemnise également les victimes de nationalité française pour les actes de terrorisme survenus à l'étranger. En application de l'article L. 422-1 du code des assurances, ce fonds est alimenté par un prélèvement sur les contrats d'assurance de biens.

Le FGTI peut assurer la réparation des dommages corporels des personnes blessées et, pour les personnes décédées, des préjudices moraux et économiques de leurs proches parents : l'étude d'impact attachée au projet de loi précise que le nombre de dossiers ouverts au FGTI s'élève à 4 070 pour la période allant de 1985 à 2014 et à 721 dossiers pour la période comprise entre 2005 et 2014.

Par ailleurs, l'article 26 de la loi n°90-86 du 13 janvier 1990 portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et au travail a étendu aux victimes de terrorisme le bénéfice des dispositions du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG). En vertu de cet article, le statut de « victime civile de guerre » accordé aux victimes d'actes de terrorisme commis depuis le 1^{er} janvier 1982 leur permet de bénéficier d'une prise en charge complémentaire, telle que l'attribution d'une pension.

Les démarches nécessaires à l'obtention de l'indemnisation et des avantages qui en découlent posent toutefois un réel problème de lisibilité et d'accessibilité. Le cheminement administratif nécessaire pour obtenir la gratuité des soins et de l'appareillage garanti par le CPMIVG en est une illustration : en application des articles L. 115 et L. 128 de ce code, la gratuité est conditionnée à l'obtention d'une pension d'invalidité, dont le bénéfice est lui-même subsidiaire par rapport aux prestations versées au titre des mêmes infirmités par les autres régimes d'indemnisation.

Dispositions du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre relatives aux soins médicaux gratuits

Art. L. 115. – L'État doit gratuitement aux titulaires d'une pension d'invalidité attribuée au titre du présent code les prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension.

Art. L. 128. – Les invalides pensionnés au titre du présent code ont droit aux appareils nécessités par les infirmités qui ont motivé la pension. Les appareils et accessoires sont fournis, réparés et remplacés aux frais de l'État tant que l'infirmité en cause nécessite l'appareillage.

L'appareillage est effectué sous le contrôle et par l'intermédiaire de l'État. Il est assuré par les centres d'appareillage du ministère des anciens combattants et victimes de guerre.

Le mutilé est comptable de ses appareils qui restent propriété de l'État.

Les modalités de l'appareillage sont fixées par instruction ministérielle.

En outre, la prise en charge intégrale des soins et de l'appareillage est assurée par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), organisme qui dans la majorité des cas, selon l'exposé des motifs, n'est pas connu des victimes au moment de la survenance de l'acte de terrorisme.

L'article 40 s'efforce donc de simplifier et d'améliorer la prise en charge des victimes au sein des régimes obligatoires de sécurité sociale. Les victimes bénéficieront désormais pendant un an :

– de l'exonération de toute participation (ticket modérateur, franchise, participations forfaitaires, forfait journalier hospitalier) ;

– de l'assouplissement des conditions et formalités mises pour l'attribution des indemnités journalières.

Le cas échéant, les dépenses supplémentaires engendrées par le renforcement de la prise en charge seront remboursées par l'assurance maladie à l'État.

II. L'AMÉLIORATION ET LA SIMPLIFICATION DE LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES D'ACTES DE TERRORISME

Le I de l'article 40 crée un nouveau chapitre au sein du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale. Ce chapitre IX, intitulé « *Prise en charge des victimes d'un acte de terrorisme* », comprend quatre sections :

– les sections 1 et 2 sont relatives respectivement aux personnes présentes sur les lieux d'un acte de terrorisme et aux proches parents des personnes décédées ou blessées lors d'un acte de terrorisme ;

– les sections 3 et 4 traitent des dispositions communes à ce chapitre nouveau.

A. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

La section 1 comporte les articles L. 169-1 à L. 169-5 nouveaux et traite des dispositions applicables aux personnes présentes sur les lieux de l'acte de terrorisme.

L'article L. 169-1 définit précisément les personnes concernées par la section 1 en fixant deux conditions cumulatives :

– il s'agit des personnes « *victimes d'un acte de terrorisme, blessées ou impliquées lors de cet acte* », selon des conditions précisées par décret.

– en outre, leur identité doit avoir été communiquée par l'autorité judiciaire compétente au Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions.

Cette procédure est actuellement prévue à l'article R. 422-6 du code des assurances, qui dispose que le procureur de la République ou l'autorité

diplomatique ou consulaire compétente informe sans délai le FGTI de l'identité des victimes.

1. Une prise en charge financière intégrale des soins dispensés aux victimes présentes sur les lieux de l'acte de terrorisme pendant un an

Pour les personnes qui répondent à la définition posée à l'article L. 169-1, l'article L. 169-2 dresse la liste des participations, franchises, délais et autres dispositions qui ne leur sont pas applicables, sous réserve que les soins et prestations dispensés aient un lien direct avec l'acte de terrorisme.

Ainsi, une victime d'acte de terrorisme ne doit pas s'acquitter du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale (1° de l'article L. 169-2) ; elle ne doit pas non plus s'acquitter des participations forfaitaires et de la franchise prévues aux I, II et III de l'article L. 322-2⁽¹⁾ du même code (4°, 5° et 6° de l'article L. 169-2)..

Les participations des assurés faisant l'objet d'une exonération pour les personnes victimes d'actes de terrorisme

Le forfait hospitalier (art. L. 174-4 du code de la sécurité sociale) : il représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation et s'élève à 18 euros par jour.

Le ticket modérateur (I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale) : il correspond à la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré après le remboursement de l'assurance maladie. Il s'applique à l'ensemble des soins et frais médicaux remboursables, qu'il s'agisse d'une consultation chez un médecin, d'un achat de médicaments sur prescription médicale, etc. et varie selon le montant des prestations. Il s'élève par exemple à 6,90 euros pour une consultation chez le médecin traitant généraliste.

Le forfait de 18 euros (I de l'article L. 322-2 du même code) : pour les actes dépassant un certain montant, le ticket modérateur est remplacé par une participation forfaitaire de 18 euros.

La participation forfaitaire de 1 euro (II de l'article L. 322-2 du même code) : cette participation est demandée à tous les adultes et s'applique à toutes les consultations ou les actes réalisés par un médecin, aux examens radiologiques et aux analyses de biologie médicale.

La franchise médicale annuelle (III de l'article L. 322-2 du même code) : elle correspond à une somme déduite des remboursements effectués par la caisse d'assurance maladie sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires : 0,50 euro par boîte de médicaments, 0,50 euro par acte paramédical et 2 euros par transport sanitaire.

● L'article L. 169-3 prévoit ensuite le remboursement de l'ensemble des produits et prestations – dispositifs médicaux, produits de santé autres que les médicaments, prestations de service et d'adaptations associées – lorsqu'ils sont inscrits, après avis d'une commission de la Haute autorité de santé, sur la liste

(1) Notons que cet article L. 322-2 est abrogé par l'article 39 de ce projet de loi et transformé en article L. 160-13.

mentionnée à l'article L. 165-1 du même code. Le remboursement est effectué « dans la limite des frais réellement exposés ». Un arrêté doit toutefois fixer les limites de remboursement, en se référant aux tarifs fixés en application de l'article L. 432-3 du même code.

● L'article L. 169-4 fixe à une année, « à compter du jour de survenance de l'acte de terrorisme et jusqu'au dernier jour du douzième mois civil suivant celui au cours duquel cet acte a eu lieu », la période pendant laquelle s'appliquent les dispositions des articles L. 169-2 et L. 169-3.

Toutefois, les consultations de suivi psychiatrique bénéficient d'un droit à l'exonération qui s'étend sur une période plus longue, comme en dispose l'article L. 169-5 : toute prestation, tout acte ou toute consultation liés au suivi psychiatrique d'une victime de terrorisme peut donner droit à exonération des frais de prise en charge pendant deux années maximum, ces deux années pouvant toutefois intervenir dans les dix ans à compter de la survenance de l'acte de terrorisme.

L'article L. 169-10 précise par ailleurs qu'un éventuel changement d'organisme gestionnaire au cours de ces périodes est sans incidence sur l'appréciation de la durée de cette période.

Au terme de l'année de prise en charge, les victimes toujours exposées à des dépenses de santé pourront soit justifier du droit à la pension d'invalidité attribuée au titre du CPMIVG, soit être pris en charge au titre des affections longue durée (ALD).

2. L'assouplissement des démarches à accomplir pour bénéficier des indemnités journalières

Par dérogation à l'article L. 313-1 du code de la sécurité sociale, les victimes d'actes de terrorisme ne doivent pas justifier d'un minimum de cotisation ou d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé pour pouvoir prétendre aux indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1 (2° du même article).

De même, le délai d'envoi des justificatifs d'interruption de travail ainsi que les sanctions prévues en cas non-respect des modalités de transmission ne sont pas applicables aux victimes d'actes de terrorisme (3° du même article). Sont également inapplicables le délai de carence de sept jours en cas d'incapacité de travail résultant de l'acte de terrorisme (7°) ainsi que le délai de prévenance de l'employeur en cas d'accident du travail résultant d'un acte de terrorisme (8°).

Par coordination, le **II** du présent article dispense les salariés victimes d'un acte de terrorisme de l'obligation de justifier de leur incapacité à leur employeur, dans les quarante-huit heures, afin de bénéficier d'une indemnité complémentaire à l'allocation journalière. Il modifie à cet effet le 1° de l'article L. 1226-1 du code du travail.

Enfin, le 9° rend inapplicables ces mêmes délais, durées minimales d'affiliation et sanctions pour les victimes d'actes de terrorisme relevant du régime des salariés et des non-salariés agricoles défini dans le code rural et de la pêche maritime.

3. Une prise en charge partielle pour les proches parents de victimes décédées ou blessées

La section 2, intitulée « *Dispositions applicables aux proches parents des personnes décédées ou blessées lors d'un acte de terrorisme* », comporte deux sous-sections.

La première sous-section, relative au capital décès, comporte un unique article L. 169-6, qui dispense de la justification de cotisation minimale ou de quota minimal d'heures travaillées nécessaires à l'ouverture des droits à l'assurance décès, lorsque le décès résulte d'un acte de terrorisme.

La seconde sous-section propose, à l'article L. 169-8 nouveau, d'étendre le droit à l'exonération des frais de consultations de suivi psychiatrique instauré à l'article L. 169-5 aux proches parents des personnes décédées ou blessées dans un acte de terrorisme. Les « proches parents » sont définis à l'article L. 169-7. Il s'agit :

- du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité (1°) ;
- des ascendants et descendants jusqu'au troisième degré (2° et 3°) ;
- des frères et sœurs de la victime (4°).

4. Les modalités de la prise en charge

La section 3 définit ensuite, aux articles L. 169-9 à L. 169-13 nouveaux, les conditions financières de la prise en charge des soins et prestations liés aux actes de terrorisme :

– selon l'article L. 169-9, les caisses d'assurance maladie sont tenues de verser directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, ainsi qu'aux établissements de santé, le montant des prestations mentionnées aux 1° et 4° de l'article L. 169-2 – c'est-à-dire le forfait journalier hospitalier ainsi que la participation de l'assuré aux frais de santé – et à l'article L. 169-3 ;

– en application de l'article L. 169-11, l'État assure l'intégralité du financement des dépenses engendrées par les exonérations prévues aux articles L. 169-2 et L. 169-6. S'agissant des produits et prestations pris en charge à

l'article L. 169-3, l'État « *prend en charge la différence entre la part servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés* ».

Ainsi, la prise en charge des actes sera assurée par l'organisme d'assurance maladie dont relève la victime de l'acte de terrorisme ; aucune avance de frais ne sera demandée aux victimes.

- Dans un souci de simplifier les démarches incombant aux victimes, l'article L. 169-12 propose de confier à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) un rôle de coordination des régimes obligatoires d'assurance maladie, selon des conditions fixées par décret.

Enfin, en application de l'article L. 169-13, un décret doit déterminer les modalités d'application de l'ensemble du chapitre IX créé par le I de l'article 40.

- La section 4, composée d'un unique article L. 169-14 dispose que le FGTI peut diligenter une expertise médicale commune afin de mettre en œuvre l'ensemble des dispositions fixées par l'article 9 de la loi du 9 janvier 1986, par l'article 26 de la loi du 13 janvier 1990 et par le code de la sécurité sociale. Il est précisé qu'un décret doit fixer les délais et les conditions de réalisation de cette expertise.

- En résumé, cet article garantit la prise en charge de l'intégralité des frais de santé des victimes d'actes de terrorisme ; il a également le mérite de rendre les dispositions applicables plus lisibles et ainsi plus accessibles pour les victimes ou leurs familles. La durée de la prise en charge intégrale se limitant, sauf mention contraire, à une année, il est en effet indispensable que les victimes puissent être prises en charge dès que possible après la survenance d'un attentat.

B LES DISPOSITIONS APPLICABLES À MAYOTTE

Le **III** propose enfin d'adapter les dispositions de l'article 40 pour leur application à Mayotte. Il crée à cette fin un chapitre I *bis* intitulé « *Procédure exceptionnelle en cas de survenance d'un acte de terrorisme* » au sein de l'ordonnance du 20 décembre 1996 ⁽¹⁾.

- L'article 21-3 nouveau dispose que les dispositions du chapitre I *bis* sont applicables aux mêmes personnes que celles mentionnées à l'article L. 169-1 créé par le **I**.

Le 1^o, le 2^o et le 3^o de l'article 21-4 et l'article 21-5 prévoient pour Mayotte les mêmes dispenses que celles prévues à l'article L. 169-2 en ce qui concerne la participation aux prestations, actes et consultations impliqués par

(1) Ordonnance n°96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

l'acte de terrorisme, les exigences de cotisations minimales, le respect des délais de carence et d'information de l'employeur.

L'article 21-6 prévoit par ailleurs que l'arrêté fixant les limites de remboursement des prestations et produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et des prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 est applicable aux personnes victimes d'actes de terrorisme à Mayotte.

Sous réserve des adaptations rédactionnelles prévues aux 1° et 2° de l'article L. 21-7, les périodes d'un an et de deux ans de prise en charge des soins des victimes d'actes de terrorisme sont également applicables à Mayotte. De même, les articles L. 169-6 et L. 169-7 créés par le I et relatifs à l'assurance décès et à la définition des proches parents des victimes, sont pleinement applicables à Mayotte, sous réserve de la coordination prévue au 2° de l'article L. 21-7.

● Les articles 21-9 et 21-10 transposent pour Mayotte les modalités de la prise en charge financière prévues respectivement aux articles L. 169-9 et L. 169-11 :

– l'article 21-9 dispose que la caisse de sécurité sociale de Mayotte verse directement aux professionnels de santé et aux distributeurs de produits et prestations le montant des prestations pris en charge de façon exceptionnelle en cas de survenance d'un acte de terrorisme ;

– l'article 21-10 prévoit le remboursement des dépenses mentionnées au chapitre I *bis* par l'État, ainsi que la prise en charge par l'État de la différence entre les tarifs servant de base au remboursement par l'assurance maladie et les frais remboursés pour la mise en œuvre de l'article 21-6.

Enfin, l'article 21-11 renvoie à un décret le soin de déterminer les modalités d'application du chapitre I *bis*.

*

La Commission adopte l'article 40 sans modification.

Article 41

(art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale et L. 5134-1 du code de la santé publique)

Confidentialité et gratuité des actes et consultations dans le cadre de la contraception des mineures

Cet article propose d'élargir le principe de confidentialité et de gratuité des consultations des jeunes filles mineures auprès du médecin ou de la sage-femme en vue de la prescription d'un contraceptif, ainsi que des examens biologiques liés à cette prescription.

L'étude d'impact rappelle que chaque année, environ 11 000 jeunes filles mineures ont recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG). Chez les jeunes filles mineures, la prise irrégulière d'une contraception, qui s'explique parfois par des obstacles financiers, en est l'une des causes les plus fréquentes. Or, une partie des IVG paraît évitable par un effort accru et mieux ciblé de prévention des grossesses non désirées. Partant de ce constat, plusieurs mesures récentes se sont efforcées de faciliter l'accès des mineures à la contraception :

– la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 ⁽¹⁾ a posé le principe de la gratuité des contraceptifs remboursables ainsi que le secret de leur délivrance pour les mineures de plus de 15 ans ;

– la loi de financement pour 2014 ⁽²⁾ a instauré le tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par les régimes de base sur les consultations réalisées par le médecin ou la sage-femme en vue de la prescription d'un contraceptif aux mineures de 15 ans au moins, ainsi que sur les examens de biologie qui en découlent.

Mais tous les obstacles ne sont pas levés : la consultation et les examens biologiques préalables n'étant pas intégralement pris en charge par l'assurance maladie, la patiente mineure doit avancer 30 % du montant engagé lorsqu'elle se rend chez son médecin traitant pour demander la prescription d'un contraceptif ; en outre, les consultations et examens préalables à la prescription d'un contraceptif ne sont régis par aucune règle de confidentialité spécifique, contrairement aux consultations délivrées par les centres de planification, qui prennent à leur charge le coût de la consultation préalable et assurent le secret de la consultation.

Il est donc proposé dans cet article de garantir le secret et la gratuité des consultations et des éventuels examens biologiques réalisés dans le cadre de la prescription d'un contraceptif.

Le **I** complète le 21° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, qui dispense de toute participation aux frais d'acquisition de certains contraceptifs l'assurée mineure d'au moins quinze ans ; le **I** étend cette dérogation aux « *frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1* » du même code, c'est-à-dire précisément les consultations dispensées en vue de la prescription d'un contraceptif par un médecin ou une sage-femme à une mineure d'au moins quinze ans et les actes de biologie médicale qui y sont liés.

Le **II** modifie le deuxième alinéa du I de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique afin d'étendre le principe du secret déjà applicable à la délivrance et à la prise en charge de ces contraceptifs aux actes et consultations mentionnés au **I** de cet article.

(1) Article 52 de la loi n° 2014-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

(2) Article 55 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

L'étude d'impact estime que cette mesure représenterait un coût de 3,9 millions d'euros pour l'assurance maladie, dont 2,75 millions au titre des consultations et 1,15 million au titre des examens de biologie.

La rapporteure tient à souligner le bien-fondé de cette mesure. Elle déplore toutefois de n'avoir pu prendre connaissance qu'au lendemain de la commission le rapport transmis par le Gouvernement au Parlement relatif à la gratuité et à la confidentialité de la contraception pour les mineurs ⁽¹⁾.

*

La Commission adopte l'article 41 sans modification.

Article additionnel après l'article 41
(article L. 613-20 du code de la sécurité sociale)

Temps partiel thérapeutique pour les travailleurs indépendants

La Commission est saisie d'un amendement AS247 de Mme Sylviane Bulteau.

Mme Sylviane Bulteau. Cet amendement vise à ouvrir aux travailleurs indépendants la possibilité de bénéficier d'un temps partiel thérapeutique, mesure de justice sociale dont Fabrice Verdier et moi-même avons souligné l'importance dans notre rapport à la suite de notre mission conjointe. Lors de son audition devant la commission des affaires sociales, Mme la ministre des affaires sociales a indiqué qu'elle y était favorable. Je vous invite donc à l'adopter.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je tiens à saluer cet amendement, qui comble un manque et répare une injustice. Les travailleurs indépendants ont des contraintes professionnelles particulières – ils ne peuvent pas se reposer sur une équipe – et, lorsqu'ils tombent malades, ils ne sont pas forcément remplacés. Cela peut rendre le retour au travail à temps plein après une longue période de convalescence particulièrement difficile, voire problématique. Cet amendement est tout à fait bienvenu : il vise à permettre aux travailleurs indépendants de reprendre partiellement leur activité après une maladie, tout en continuant à bénéficier des indemnités journalières versées par l'assurance maladie.

L'intérêt du temps partiel thérapeutique n'est plus à démontrer : c'est une transition souvent indispensable entre la convalescence et la reprise du travail à temps plein ; c'est une étape majeure vers le retour à la vie normale. Cela permettra aux travailleurs indépendants de se réhabituer à des rythmes de travail plus soutenus, tout en retrouvant leur état de santé. Je partage totalement l'ambition de cet amendement, auquel je donne donc un avis favorable.

(1) *Inspection générale des affaires sociales*, « L'accès gratuit et confidentiel de la contraception pour les mineurs », avril 2015.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je précise que cet amendement est tout à fait recevable au regard des dispositions de l'article 40 du fait de la déclaration sans ambiguïté faite par la ministre de la santé lors de son audition par notre commission le 7 octobre.

La Commission adopte l'amendement.

CHAPITRE II

Promotion de la prévention et les parcours de prise en charge coordonnée

Article 42

(art. L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale)

Contrats de coopération pour les soins visuels

Cet article vise à encourager la coopération entre professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques.

Il crée à cette fin deux types de contrats, l'un destiné à favoriser le travail aidé entre les ophtalmologistes et les orthoptistes libéraux, l'autre destiné à faciliter la coordination de l'action des professionnels de santé de la filière visuelle dans les maisons ou centres de santé.

I. UN ACCÈS AUX SOINS VISUELS ENCORE DÉFICIENT MALGRÉ L'ÉMERGENCE D'OUTILS DE COOPÉRATION

1. Un constat partagé : des délais excessifs et des obstacles financiers

Dans un rapport de juillet 2015 ⁽¹⁾, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) rappelait que la filière de santé visuelle se caractérise par « *d'importantes difficultés d'accès (délai d'attente, fréquence et importance des dépassements d'honoraires), par l'importance des besoins mal ou non couverts (prise en charge des urgences, dépistage des pathologies chez l'enfant, suivi des pathologies chroniques) et par une coordination mal structurée entre les différents professionnels qui la composent* ».

L'étude d'impact estime que le délai moyen d'attente avant l'obtention d'un rendez-vous chez un ophtalmologiste est de deux mois ; le rapport de l'IGAS rappelle que ces délais atteignent régulièrement trois, six ou neuf mois dans certaines villes, voire plus d'un an dans des régions sous dotées telles que la Picardie ou la Franche-Comté.

Mais les obstacles à l'accès aux soins visuels ne sont pas seulement imputables à ces délais excessifs d'obtention d'un rendez-vous ; le coût des soins dispensés par les professionnels de santé de la filière visuelle se révèle aussi,

(1) « Restructuration de la filière visuelle », Rapport établi par le Dr. Dominique Voynet, juillet 2015.

souvent, prohibitif, compte tenu de la forte proportion de praticiens exerçant en secteur 2 : selon la même source, cette proportion atteignait 55 % en 2010 et s'accroît chaque année car les deux tiers des nouvelles installations se font en secteur 2.

2. Des expérimentations de coopération globalement encourageantes malgré des difficultés de mise en place

Face à ce constat, plusieurs réformes ont été engagées, visant notamment à accroître le nombre de médecins spécialisés en ophtalmologie, en augmentant le *numerus clausus*, et à renforcer les coopérations entre professionnels de santé de la filière visuelle pour permettre à l'ophtalmologiste de se concentrer sur les actes pour lesquels il est seul compétent.

L'article 51 de la loi dite « Hôpital, Patients, Santé et territoires » (HPST) ⁽¹⁾ a notamment autorisé les professionnels de santé à s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération afin d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins, ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Dans la filière visuelle, plusieurs coopérations visant à formaliser les délégations de tâches entre ophtalmologistes et orthoptistes ont vu le jour suite à l'instruction et à la validation des protocoles par la Haute autorité de santé (HAS). L'un des protocoles mis en place vise à faciliter le dépistage de la rétinopathie diabétique. Deux autres protocoles de coopération autorisent la réalisation – sans prescription préalable – d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement ou de l'adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans et chez les adultes de 16 à 50 ans.

Selon le rapport de l'IGAS précité, la mise en œuvre concrète de ces protocoles s'est révélée en pratique lourde et complexe, se heurtant en particulier à l'absence de financement adapté des actes délégués à l'orthoptiste par l'ophtalmologiste, et à l'acte d'interprétation et de prescription par l'ophtalmologiste.

Toutefois, lorsque ces difficultés de mise en place ont été surmontées, les expérimentations se révèlent *in fine* plutôt concluantes : l'IGAS souligne ainsi que « *le renforcement du travail aidé entre ophtalmologistes et orthoptistes permet d'accroître le nombre de consultations, en permettant aux ophtalmologistes de se concentrer sur leurs missions de diagnostic et de prescription, et sur des activités chirurgicales* ».

Les coopérations entre professionnels de la filière visuelle tendent par ailleurs à se développer, même en dehors du cadre fixé par les protocoles de coopérations. Selon le rapport précité, 12 % des ophtalmologistes travailleraient avec des orthoptistes libéraux, et 19 % avec des orthoptistes salariés ; ce chiffre

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

s'élève à 24 % si on y inclut les « assistants » infirmiers ou optométristes. Au total plus d'un tiers des ophtalmologistes auraient donc recours à des collaborateurs.

- Deux directions du ministère de la santé, la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) ont lancé au début de l'année 2015 un « plan d'actions pour la filière visuelle », dont l'un des volets se donne pour ambition d'encourager la coopération entre les professionnels de santé de cette filière.

Fondé sur la complémentarité entre ophtalmologistes et orthoptistes, ce plan a pour ambition, en libérant les médecins ophtalmologistes de la réalisation d'une partie des actes techniques et du suivi simple de certains patients – contrôle entre deux rendez-vous des pathologies chroniques, bilan visuel avant prescription, renouvellement des lunettes –, à la fois de dégager du temps médical pour la prise en charge d'affections ophtalmologiques plus complexes, de réduire le délai d'attente d'une consultation et d'améliorer l'efficacité de la prise en charge de certaines maladies chroniques. La rapporteure tient toutefois à rappeler que la recherche d'une plus grande coopération entre ces professionnels ne vise aucunement à remettre en question le rôle pivot du médecin ophtalmologiste, qui est l'un des rares spécialistes à bénéficier d'un accès direct spécifique dans le cadre du parcours de soins coordonné.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ VISE À ENCOURAGER LE DEVELOPPEMENT DE LA COOPÉRATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE LA FILIÈRE VISUELLE

L'article 42 vise à donner aux professionnels de santé de la filière visuelle toutes les garanties pour leur permettre de déployer plus rapidement des coopérations structurées.

Il propose à cette fin de créer deux nouveaux types de contrats, spécifiques à la filière visuelle, l'un visant à encourager le développement du travail aidé, l'autre ayant vocation à autoriser la mise en place de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein de maisons de santé ou de centres de santé.

Dans ce but cet article propose une nouvelle rédaction de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale et supprime en conséquence les dispositions de cet article relatives aux contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Institués par la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, les CAPI sont des contrats comportant des engagements individualisés pouvant porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, etc. Ils peuvent être proposés par les organismes locaux d'assurance maladie aux médecins conventionnés et aux centres de santé. Ces contrats ont été remplacés par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) dans le cadre de la

convention médicale de 2011. Les derniers contrats étant venus à échéance le 1^{er} janvier 2015, ces dispositions sont obsolètes et peuvent donc être remplacées.

- En premier lieu, le I de l'article L. 162-12-21 propose la création d'un « contrat de coopération pour les soins visuels » visant à encourager le développement du travail aidé au sein de la filière visuelle. Ce contrat peut être conclu pour une durée de trois ans non renouvelable avec les médecins conventionnés spécialisés en ophtalmologie. Il doit prévoir des engagements individualisés portant notamment sur « *l'augmentation du nombre de patients reçus en consultations* », « *le respect des tarifs conventionnels* » et « *les actions destinées à favoriser la continuité des soins* ». Il doit également déterminer « *des objectifs en matière d'organisation des soins, notamment sur la formation ou le recrutement d'un auxiliaire médical, ainsi que sur la participation à des actions de dépistage et de prévention* ».

Le contrat doit également prévoir des contreparties financières liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel, ainsi que les modalités d'évaluation de ces objectifs. Selon l'étude d'impact, la rémunération versée à l'ophtalmologiste serait en partie associée au respect d'objectifs de santé publique (ROSP) qui recouvrent notamment l'augmentation du nombre de nouveaux patients, la participation à des actions de prévention comme le dépistage de la rétinopathie diabétique ; le niveau maximal de l'aide serait fixé à hauteur de 10 000 euros par an.

Ce contrat doit être conforme à un contrat-type défini par la convention nationale définissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins. À défaut d'accord avant le 1^{er} septembre 2016, il est précisé que le contrat-type est défini par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires (UNOCAM).

Enfin, le dernier alinéa du I de l'article L. 162-12-21 renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de préciser les modalités nécessaires pour conclure un contrat de coopération, en particulier s'agissant de la profession de l'auxiliaire médical et des modalités de son recrutement.

- En second lieu, le II de l'article L. 162-12-21 instaure un second type de contrat, le « contrat collectif pour les soins visuels », qui peut être conclu par les agences régionales de santé (ARS) et les organismes locaux d'assurance maladie avec les maisons de santé et les centres de santé sous réserve, pour ces derniers, qu'ils soient adhérents à l'accord national conclu par l'UNCAM et les organisations représentatives de centres de soins infirmiers et des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.

Ce contrat collectif pour les soins visuels doit « *permettre la mise en place de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques* » au sein des centres de santé ou des maisons médicales.

D'une durée de trois ans, il doit prévoir les engagements respectifs des parties, notamment en termes de respect des tarifs conventionnels et d'organisation des soins, sur le modèle d'un contrat-type défini, comme pour le contrat mentionné au **I**, par décision conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et de l'UNCAM, après avis des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'UNOCAM.

Afin de mesurer les effets du contrat collectif pour les soins visuels, il est proposé de transmettre chaque année au Parlement une évaluation réalisée par les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie, portant notamment sur « *le nombre de professionnels de santé, de centres de santé et de maisons de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins* ».

Cette évaluation doit en parallèle être transmise aux partenaires conventionnels afin que ces derniers intègrent le contrat collectif dans la négociation de l'accord conventionnel interprofessionnel mentionné au **II** de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale qui doit intervenir à compter du 1^{er} janvier 2018. Ces accords conventionnels, conclus pour une durée maximum de cinq ans, visent à améliorer l'organisation et la coordination des soins et peuvent déterminer à cet effet les modalités de calcul d'une rémunération versée en contrepartie du respect des engagements et des objectifs fixés par l'accord.

- Lorsque les contrats définis au **I** et **II** de l'article L. 162-12-21 définissent des contreparties financières au respect des objectifs fixés dans les contrats de coopération, le **III** de l'article L. 162-12-21 instauré par le présent article dispose que ces dépenses sont mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie et sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) soins de ville.

L'étude d'impact pose un objectif cible de 600 contrats conclus avec des ophtalmologistes d'ici 2017, soit 300 en 2016 et 300 en 2017, sur une population totale de 2056 ophtalmologistes exerçant en secteur 1. Pour les contrats collectifs, l'objectif visé est de 100 contrats conclus avec les structures pluri-professionnelles (maisons et centres de santé) d'ici 2017.

Le coût estimé de la mesure serait de 6,35 millions d'euros, répartis comme suit :

- 5,6 millions d'euros pour les « *contrats de coopérations pour les soins visuels* », selon l'hypothèse d'un versement de 6 500 euros en moyenne par professionnel et par an.

– 750 000 euros par an pour les contrats collectifs, selon l’hypothèse d’un montant moyen versé aux structures de 15 000 euros.

La rapporteure considère que cet article est de nature à renforcer significativement la coopération entre les professionnels de santé de la filière visuelle. Mais elle tient à souligner que cette mesure n’aura d’effet tangible que si les professionnels de la filière de santé visuelle s’approprient ces nouveaux outils et se prennent au jeu de la coopération. Car l’enjeu n’est pas seulement de disposer des bons outils pour mener à bien la coopération, il est aussi culturel : les ophtalmologistes, les orthoptistes, mais aussi les infirmiers ou les secrétaires médicaux, devront adopter de nouvelles habitudes de travail, travailler pour élaborer une planification plus fine des rendez-vous, constituer des équipes, trouver un équilibre permettant d’améliorer l’accès des patients aux soins visuels sans en diminuer la qualité.

Le suivi assuré par l’évaluation annuelle des contrats jouera à ce titre un rôle essentiel ; il conviendra, le cas échéant, de tirer rapidement les conséquences d’une montée en charge trop discrète du dispositif pour améliorer l’accompagnement des professionnels de santé visuelle et encourager la conclusion de contrats de coopération.

*

La Commission est saisie des amendements identiques AS273 de M. Arnaud Robinet et AS304 de M. Francis Vercamer.

M. Arnaud Robinet. Je propose que l’ensemble des ophtalmologistes, qu’ils exercent seuls ou bien dans une maison ou un centre de santé, puissent bénéficier des incitations financières à développer les coopérations avec les auxiliaires médicaux, notamment les orthoptistes.

En effet, dans le PLFSS actuel, la rémunération des maisons et centres de santé au titre de ces coopérations est une simple possibilité, qui n’interviendra, le cas échéant, qu’à compter de 2018 et dans le cadre d’un accord conventionnel interprofessionnel. Il convient de remédier à cette situation, de manière à garantir l’équité entre les différents professionnels de santé et à favoriser le développement des maisons et centres de santé dans nos territoires.

M. Francis Vercamer. Afin de favoriser l’accès aux soins visuels, l’article 42 prévoit de renforcer les mécanismes de soutien au travail en contrepartie d’engagements sur des objectifs de santé publique. Deux types de contrats sont créés, qui seront signés par l’Agence régionale de santé (ARS) et la CPAM : le contrat de coopération pour les soins visuels destiné aux ophtalmologistes de secteur 1, qui vise à les inciter à recruter ou à former un auxiliaire médical ; le contrat collectif pour les soins visuels destiné aux maisons de santé et aux centres de santé pluriprofessionnels. Ces deux contrats font l’objet d’évaluations afin de vérifier que les contreparties financières sont justifiées. Mon amendement tend à rendre similaires les modalités d’évaluation et les objectifs à

atteindre dans le cadre de ces deux contrats, que les professionnels exercent en libéral ou dans un centre de santé.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'article 42 prévoit déjà des contreparties financières pour les contrats collectifs pour les soins visuels : la rémunération versée à la structure par l'assurance maladie tiendra compte des coûts fixes liés à l'organisation de ces coopérations, ainsi que du nombre de patients reçus dans le cadre du protocole de coopération entre ophtalmologistes et auxiliaires médicaux. Selon l'étude d'impact, les structures concernées pourraient recevoir en moyenne 15 000 euros par an. Votre amendement ne ferait que confirmer ce qui est déjà prévu. Je souscris au principe qu'il énonce, mais sa rédaction ne me paraît pas tout à fait satisfaisante : on ne comprend pas de quels « objectifs » il est question. Je vous propose donc de le retirer pour le présenter à nouveau en séance publique. Dans le cas contraire, j'émettrai un avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS303 de M. Francis Vercamer et AS333 de M. Arnaud Robinet.

M. Francis Vercamer. Mon amendement est rédactionnel : il vise à préciser que ce sont les organisations professionnelles, et non les organisations de salariés, qui sont associées à l'élaboration du contrat type.

M. Arnaud Robinet. Même argumentation.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je ne partage pas votre opinion : ce sont bien les syndicats représentatifs des médecins spécialistes en ophtalmologie qui seront appelés à donner leur avis sur le contrat type, lequel servira de modèle aux contrats collectifs pour les soins visuels. Avis défavorable.

M. Francis Vercamer. Dans l'alinéa 8, il n'est absolument pas question des organisations patronales ou professionnelles : il n'est fait mention que des organisations syndicales. Il est assez curieux que les ministres compétents et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) décident pour les professionnels concernés après avis des seules organisations syndicales représentatives et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Il s'agit non pas d'entreprises, mais de médecins !

La Commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS330 de M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. De même que l'amendement AS273, cet amendement vise à ce que l'ensemble des ophtalmologistes soient soumis aux mêmes règles, qu'ils exercent seuls ou dans une maison ou un centre de soins.

Ainsi, les contrats de coopération pour les soins visuels seraient évalués annuellement, comme les contrats collectifs pour les soins visuels.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Avis défavorable. Les contrats collectifs seront évalués annuellement afin d’être éventuellement intégrés dans la négociation du prochain accord conventionnel interprofessionnel. Alors que nous cherchons à simplifier notre droit, il ne serait pas raisonnable de dupliquer cette évaluation annuelle pour chacun des contrats individuels conclus par les ophtalmologistes et les auxiliaires médicaux : ce serait long et coûteux, pour des résultats sans doute difficiles à analyser. Le contrat type jouera le rôle de garde-fou afin que l’on s’assure que les contrats conclus respectent les principes déterminés par les partenaires conventionnels.

La Commission rejette l’amendement.

Puis elle adopte l’article 42 sans modification.

Article 43

Expérimentation relative à la prévention du risque d’obésité

Cet article vise à mettre en place une expérimentation destinée à accompagner les enfants et leur famille dès le repérage du risque d’obésité.

I. LES ENJEUX DE L’OBÉSITÉ

Dans son dernier rapport « charges et produits »⁽¹⁾, la Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) met en lumière les enjeux de l’obésité. Elle relève qu’en 2012, 32,3 % des Français de plus de 18 ans sont en situation de surpoids et 15 % sont obèses, soit 7 millions de personnes.

L’obésité se caractérise par des inégalités sociales assez marquantes. Elle est deux fois plus importante chez les personnes ayant un niveau d’éducation court que chez celles ayant un niveau d’études supérieur bac+2. Les données mises en avant dans le rapport attestent de plus fortes inégalités parmi les enfants. Il est ainsi souligné que « *la prévalence du surpoids et de l’obésité est toujours de 3 à 4 fois plus élevée parmi les enfants dont le père est ouvrier que parmi ceux dont le père est cadre ou de profession intermédiaire* ».

Pour achever ce constat, la CNAMTS souligne enfin que l’obésité constitue un facteur d’exposition aux maladies cardio-vasculaires et que ce risque est accru – de 50 à 80 % – lorsqu’une personne souffre déjà d’obésité dans l’enfance.

(1) CNAMTS, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l’Assurance Maladie pour 2016 », *Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l’évolution des charges et des produits de l’Assurance Maladie au titre de 2016 (loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie)*.

II. LE DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL

Cet article prévoit la mise en place d'une expérimentation entre le 1^{er} juillet 2016 et le 31 décembre 2019. Son objet vise à améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants de trois à huit ans pour lesquels le médecin traitant a repéré un risque d'obésité. Ce repérage prend appui sur les recommandations établies par la Haute autorité de santé.

L'expérimentation autorisera le médecin traitant à prescrire des consultations diététiques, des bilans d'activité physique ou des consultations psychologiques dès qu'il soupçonne un risque d'obésité. Ces prescriptions sont établies en fonction des besoins et de la situation de l'enfant et de sa famille.

Les consultations et bilans sont réalisés par des professionnels de santé dans des structures sélectionnées par les caisses primaires d'assurance maladie et les agences régionales de santé. Le dispositif évoque les centres de santé ainsi que les maisons de santé mais l'énumération n'est pas exhaustive.

En contrepartie de cette prise en charge, les structures bénéficient d'une rémunération forfaitaire sous réserve de la prescription du médecin traitant.

Un décret devrait préciser les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation.

Cette expérimentation serait menée sur des territoires sélectionnés par les ministres de la santé et de la sécurité sociale. Selon les informations transmises à la rapporteure, le périmètre territorial correspondrait au bassin de vie. Selon la définition qu'en fait l'INSEE, il s'agit du « *plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants* ».

Elle prend également appui sur un cahier des charges arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale. Enfin, un rapport d'évaluation sera réalisé par la CNAMTS et transmis au Parlement avant le 30 septembre 2019.

Centres de santé et maisons de santé (extraits du code de la santé publique)

Les centres de santé

« Article L. 6323-1. Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé.

Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

Les centres de santé sont soumis pour leur activité à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret, après consultation des représentants des gestionnaires de centres de santé.

Ce décret prévoit également les conditions dans lesquelles, en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins dans un centre de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé peut :

- enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin dans un délai déterminé ;
- en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou de non-respect de l'injonction, prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, assortie d'une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires ;
- maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet.

Les maisons de santé

« Article L. 6323-3. La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Le projet de santé est compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2. Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

*

La Commission est saisie des amendements identiques AS103 de M. Jean-Pierre Door, AS107 de M. Fernand Siré, AS176 de M. Rémi Delatte, AS217 de M. Bernard Accoyer et AS296 de Mme Valérie Boyer.

Mme Bérengère Poletti. L'article 43 tend à mettre en place une expérimentation intéressante visant à prévenir l'obésité chez les jeunes enfants dès lors qu'ils ont été repérés comme sujets à risque par leur médecin traitant. Il est prévu que des consultations psychologiques et diététiques, ainsi qu'un bilan

d'activité physique, seront dispensés, sur prescription du médecin traitant de l'enfant, par des professionnels de santé exerçant dans des structures répondant à un cahier des charges proposé par la CNAMTS et sélectionnées au terme d'un appel à projets. Le texte ne vise – malheureusement – que les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires. L'objet de cet amendement est d'ouvrir également le dispositif à toute autre structure regroupant des professionnels libéraux qui souhaiteraient s'investir dans ce travail de prévention.

M. Fernand Siré. Même argumentation.

M. Rémi Delatte. Nous avons l'occasion de donner un signal fort en matière de prévention et de lutte contre l'obésité des jeunes. Nous devons faire en sorte que les professionnels susceptibles d'assurer les consultations psychologiques et diététiques, ainsi que les bilans de santé physique, soient les plus nombreux possibles. Il faut donc que les structures regroupant des professionnels libéraux puissent intervenir également.

M. Bernard Accoyer. Pourquoi toujours écarter les professionnels libéraux et réserver les dispositifs à des structures publiques ou parapubliques ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Les maisons de santé pluridisciplinaires regroupent des professions de santé libérales.

Mme Valérie Boyer. Même argumentation que pour les autres amendements identiques.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Ces amendements sont satisfaits. D'une part, l'énumération proposée à l'alinéa 2 n'a pas vocation à être exclusive. D'autre part, les termes « structures disposant de compétences particulières » ne sont pas limitatifs : une structure professionnelle libérale répondant aux critères fixés par l'article et au cahier des charges rentre bien évidemment dans le champ de l'expérimentation. Le cabinet de la ministre, que j'ai interrogé à ce propos, m'a confirmé le bien-fondé de cette interprétation.

Mme Isabelle Le Calennec. Le cabinet vous a-t-il donné des exemples concrets ? Considère-t-on qu'un médecin libéral exerçant seul peut constituer une telle structure ?

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Non, une structure, c'est une équipe, dans la mesure où la prise en charge est pluridisciplinaire.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Cette mesure concernera notamment deux professions de santé dont les actes ne sont pas cotés par l'assurance maladie : les psychologues et les diététiciens. Leur intégration au sein de la structure leur permettra de travailler avec des professionnels qui peuvent prescrire. Ce dispositif fera l'objet de financements spécifiques.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Vous utilisez vous-même le terme « structure » dans vos amendements, chers collègues.

M. Jean-Pierre Barbier. N’y a-t-il pas une confusion entre « structure » et « parcours de soins » ? Un médecin libéral exerçant seul ne peut pas faire une consultation dans le cadre prévu par l’article 43, mais il serait utile que plusieurs médecins libéraux puissent assurer une telle prise en charge pluridisciplinaire. D’où l’idée de constituer des parcours de soins, ce qui n’est pas la même chose qu’une structure. La rédaction de l’article 43 est peut-être trop restrictive. Elle risque d’exclure un grand nombre de patients du dispositif : à la campagne ou dans certaines villes, il est impossible de trouver une maison pluridisciplinaire dans laquelle toutes les compétences soient réunies.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l’article 43 sans modification.

Article 44

(art. L. 162-5-14 du code de sécurité sociale, art. L. 1435-5 du code de la santé publique et article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007)

Pérennisation de l’expérimentation conduite par l’agence régionale de santé Pays de la Loire relative à la permanence des soins ambulatoires

Cet article vise à pérenniser l’expérimentation engagée par l’agence régionale de santé Pays de la Loire relative au financement de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Elle concrétise une recommandation formulée par Mme Catherine Lemorton et M. Jean-Pierre Door dans leur rapport d’information portant sur la PDSA ⁽¹⁾.

I. LE FINANCEMENT DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Le financement de la PDSA relève à la fois du champ conventionnel et du fonds d’intervention régional (FIR).

L’article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale dispose que les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins sont pris en charge par l’assurance maladie sur la base des tarifs fixés par les médecins conventionnés. Ces frais couvrent les honoraires, consultations et visites d’une part, les majorations d’actes effectués dans le cadre de la PDSA d’autre part.

Mission de service public, la PDSA est organisée par les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre régi par l’article L. 6314-1 du code de la santé publique. Son socle repose sur une organisation collective reposant sur le

(1) Rapport d’information de Mme Catherine Lemorton déposé en application de l’article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d’une mission d’information sur l’organisation de la permanence des soins, n° 2837, session 2014-2015, XIV^e législature.

volontariat individuel des médecins depuis 2002. Au terme de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, il revient aux ARS d'assurer son organisation. Celle-ci repose sur la mise en place d'un cahier des charges arrêté par le directeur général de l'ARS dont l'objet vise à définir les conditions de fonctionnement de la permanence, de suivi et d'évaluation. Au titre de cette mission de service public, les médecins volontaires participant à la PDSA reçoivent une rémunération spécifique. Elle comprend un forfait d'astreinte pour les médecins de garde et pratiquant l'effecton⁽¹⁾ et un forfait de régulation pour les médecins participant à la régulation médicale téléphonique. Ces rémunérations sont déterminées dans des limites fixées par un arrêté. Cette enveloppe maîtrisée par les ARS émerge au FIR.

Aujourd'hui, un tiers des sommes consacrées à la PDSA proviennent des ARS, le reste relevant du champ conventionnel. Elles ne disposent pas des leviers suffisants pour organiser la PDSA en fonction des caractéristiques territoriales et démographiques. Ce constat a été doublement souligné par la Cour des comptes⁽²⁾ et par la mission d'information conduite par Mme Catherine Lemorton et M. Jean-Pierre Door.

A. L'EXPÉRIMENTATION MENÉE DANS LES PAYS DE LA LOIRE

L'ARS Pays de la Loire a engagé une expérimentation relative au financement de la PDSA dérogatoire au cadre national. L'ARS dispose en effet, *via* le FIR, d'une enveloppe annuelle destinée à couvrir l'ensemble des dépenses de PDSA sur son territoire (à l'exception notable des agglomérations de Nantes et de Saint-Nazaire) y compris les frais relevant normalement du champ conventionnel.

Cette expérimentation s'inscrit dans le cadre du II l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, qui prévoit la possibilité de mettre en place des expérimentations de PDSA, et de l'article 43 de la loi de financement pour 2013 qui proroge sa mise en œuvre jusqu'au 1^{er} janvier 2013. Le cadre de l'expérimentation est précisé par un décret daté du 1^{er} octobre 2009⁽³⁾.

L'ARS a ainsi signé des conventions avec les associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS). Ces conventions fixent les règles d'organisation de la PDSA, le quadrillage du territoire en secteur ainsi que les modalités de rémunération. En nuit profonde, le territoire est ainsi maillé en grandes zones élargies au sein desquelles procèdent des « *effecteurs mobiles* ». Ces médecins mobiles réalisent des visites pour des problèmes médicaux qui requièrent la présence d'un médecin généraliste. Ces déplacements se font à la

(1) Par « effecton », il faut comprendre la réalisation, par le médecin de garde ou d'astreinte, de consultations ou de visites à la demande de la régulation médicale, à partir de son cabinet ou d'un point fixe de garde.

(2) Cour des comptes : « chapitre XII : la permanence des soins », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013*.

(3) Décret n° 2009-1173 du 1^{er} octobre 2009 déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence de soins en médecine ambulatoire.

demande exclusive du médecin régulateur et concernent des problèmes médicaux non vitaux. Dans ce cadre, les tarifs conventionnels trouvent encore à s'appliquer mais le financement des actes et de leur majoration n'est plus assuré sur le risque.

L'étude d'impact annexée au projet de loi évoque un bilan positif de cette expérimentation qui a permis d'organiser une PDSA au plus près des besoins localement identifiés.

D'après les informations transmises à la rapporteure, elle a notamment permis d'améliorer très sensiblement la part d'activité régulée : plus de 80 % à comparer à une moyenne nationale de 62 % en 2012. Ce taux a atteint plus de 90 % pour le département des Pays de la Loire. En terme financier le bilan fait état d'une économie de 11% entre le début et la fin de l'expérimentation. Le coût moyen par habitant s'élève à 4,43 euros, actes compris, contre une moyenne nationale de 6,05 euros par habitant à périmètre équivalent.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Cet article généralise la possibilité pour les ARS de gérer une enveloppe globalisée permettant de forfaitiser la rémunération au titre de la PDSA.

Le **I** complète l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale par un alinéa prévoyant le financement dérogatoire des frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la PDSA. Il dispose que le financement, toujours assis sur les tarifs fixés dans le cadre conventionnel, pourra relever du fonds d'intervention régional dans les conditions définies par l'article L. 1435-5 du code de la santé publique.

Le **II** modifie l'article L. 1435-5 du code de la santé publique.

Le **1°** insère une nouvelle subdivision « I » comprenant les deux alinéas composant l'article précité dans sa rédaction actuelle.

Le **2°** toilette le deuxième alinéa du même article. Il précise que la rémunération versée par les ARS, relevant du FIR, est « forfaitaire » et non plus « spécifique ».

Le **3°** complète l'article L. 1435-5 par un II composé de deux alinéas.

Son premier alinéa dispose que les ARS volontaires peuvent être autorisées, par voie d'arrêté, à financer la PDSA sur la base d'une enveloppe émergeant au FIR. Cette enveloppe couvrira tant la rémunération des actes relevant du champ conventionnel que des forfaits versés par les ARS au titre de la mission de service public de PDSA. Cette autorisation peut concerner « *tout au partie du territoire* » de l'ARS. Le même alinéa dispose le financement des actes relevant du champ conventionnel ne pourra pas être mis à la charge de l'assurance maladie.

Son deuxième alinéa dispose que la procédure dérogatoire est valable pour une durée de 3 ans, éventuellement renouvelable sur le fondement du bilan effectué par chacune des ARS en vue de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional. Pour mémoire, le bilan des ARS fait l'objet d'une présentation consolidée et est normalement adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Le cadre est aujourd'hui fixé par l'article L. 1435-10 du code de la santé publique.

Enfin, le **III** maintient l'organisation prévue dans le cahier des charges expérimental de l'ARS Pays de la Loire jusqu'au 1^{er} janvier 2017. Il a vocation à garantir la stabilité du dispositif expérimental pour l'année 2016 dans l'attente de la publication du prochain cahier des charges de la PDSA qui s'inscrira dans le nouveau cadre fixé par le présent article.

Ce dispositif se traduit de fait par un transfert de dépenses entre l'enveloppe des soins de ville et celle consacrée au FIR. À terme, cette mesure devrait pouvoir générer des économies dont l'évaluation n'a pas été consolidée: elle vise notamment à réduire les frais liés à l'effectation au profit d'une régulation médicale renforcée.

*

La Commission adopte l'article 44 sans modification.

Article additionnel après l'article 44

Expérimentation de la prise en charge des certificats de décès dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires

La Commission est saisie de l'amendement AS378 de la présidente Catherine Lemorton.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Cet amendement reprend l'une des propositions du rapport que j'ai remis à l'issue des travaux de la mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins. Il concerne les certificats de décès. Je vais laisser à Jean-Pierre Door, qui a présidé la mission d'information, le soin de le présenter.

M. Jean-Pierre Door. Je vous remercie, madame la présidente, d'avoir déposé cet amendement. Nous avons en effet mené pendant plusieurs mois une mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins. Il n'a d'ailleurs pas été très aisé d'interroger tous les professionnels de santé et tous les acteurs institutionnels concernés. Nous avons constaté ensemble que la prise en charge de l'établissement des certificats de décès était défaillante dans plusieurs territoires, urbains comme ruraux. En principe, c'est le médecin traitant qui se déplace, établit le certificat de décès et le signe – le certificat doit être obligatoirement signé par un médecin inscrit au tableau de l'ordre. Toutefois, des problèmes se posent de façon récurrente, notamment lorsque la personne décédée

n'a ni médecin traitant ni famille, que le décès soit intervenu au domicile ou dans la rue.

Nous avons noté que l'absence de prise en charge financière de l'examen de la personne décédée par l'assurance maladie constituait souvent un obstacle. Nous proposons donc que cet examen soit pris en charge, à titre expérimental, par l'ARS compétente, ainsi que le fait déjà l'ARS de Poitou-Charentes. L'objectif est de généraliser à terme cette mesure à l'ensemble du territoire. Nous verrons au bout de quelques années si le dispositif fonctionne, c'est-à-dire s'il garantit effectivement que des professionnels de santé se déplacent sur le terrain pour établir les certificats de décès, ce qui est un acte médical à part entière.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ce problème a été mentionné par presque toutes les personnes auditionnées. On nous a décrit des situations dramatiques : des familles avec un parent décédé dont personne ne venait établir le certificat de décès. S'il n'y a pas d'urgence médicale – sans faire d'humour mal placé –, il y a néanmoins une urgence humaine pour les gens qui entourent la personne décédée. On pourrait penser que l'établissement d'un certificat de décès est un acte relativement simple. Or tous les syndicats de médecins, publics ou libéraux, nous ont fait part de difficultés : lorsque le médecin arrive sur les lieux, il doit non seulement constater le décès, mais aussi rendre compte d'éventuelles circonstances suspectes, pouvant exiger une enquête de police ou de gendarmerie. L'absence de rémunération du médecin ne fait qu'ajouter au problème. En fin de compte, ce sont souvent les urgentistes des hôpitaux qui sont obligés de se déplacer en ambulance pour aller constater le décès. D'où cette proposition. Si vous en êtes d'accord, je vous associerai comme signataire de l'amendement pour la séance publique, monsieur Door.

Mme Isabelle Le Calennec. L'idée d'une prise en charge par le fonds d'intervention régional (FIR) est intéressante. Dès lors, pourquoi faire une simple expérimentation alors que la mesure pourrait être généralisée ?

À quel tarif l'ARS de Poitou-Charentes a-t-elle prévu de rémunérer cet acte dans son cahier des charges ?

Je m'interroge sur la formulation du quatrième alinéa de l'amendement : « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des agences régionales de santé retenues pour participer à l'expérimentation au vu des résultats de l'appel à projets national et après avis des agences régionales de santé concernées. ». On a l'impression que les ARS sont juges et parties. Ne faudrait-il pas plutôt rédiger cet alinéa de la manière suivante : « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale lancent un appel à projets national, puis arrêtent la liste des agences régionales de santé retenues » ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Avant de généraliser, nous sommes obligés de passer par une expérimentation, car un certain nombre de conditions doivent être réunies : il faut qu'il y ait un médecin présent sur le

territoire considéré et qu'il soit volontaire pour participer à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), cette participation ne constituant pas une obligation. Il va falloir examiner la situation région par région, voire territoire par territoire. Chaque ARS devra s'organiser avec les professionnels de santé concernés, notamment avec ceux qui sont de garde, un peu comme dans le cadre de la PDSA. Quant au tarif de prise en charge, il sera de 90 euros environ. Mais cela ne suffira peut-être pas dans certains territoires où il n'y a même plus de médecins pour assurer la PDSA.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je donne un avis bien évidemment favorable à cet amendement de bon sens, qui relève pratiquement de l'évidence. L'établissement du certificat de décès est un acte médical souvent simple, mais qui engage la responsabilité du médecin. Imaginez un médecin qui aurait établi un certificat de décès pour quelqu'un qui n'est pas tout à fait mort. Je ne souhaite à personne de se trouver dans une telle situation !

Il faut prévoir une prise en charge de l'établissement des certificats de décès, même s'il peut paraître un peu gênant de mettre en place un tel financement. Bien souvent, le médecin est amené à se déplacer. Il s'agit donc, au minimum, de l'équivalent d'une consultation à domicile. En outre, il ne faut pas imposer de lourdeurs administratives supplémentaires aux personnes ou aux familles qui sont dans l'affliction. Enfin, lorsque des personnes sans domicile fixe meurent dans la rue – nous ne pensons jamais assez à elles –, il est bien évidemment indispensable qu'un professionnel se déplace pour constater le décès et prévoir les suites.

La Commission adopte l'amendement.

Article 45

(art L. 4011-2-3 du code de la santé publique, art L. 161-37, L. 162-1-7-1, art L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale)

Pérennisation du financement des actes prévus dans les protocoles de coopération

Instaurés par la loi dite « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 ⁽¹⁾, les protocoles de coopération sont des délégations d'actes entre professionnels de santé, proposés à leur initiative et recueillant le soutien des agences régionales de santé (ARS). Cet article vise à pérenniser le financement des actes prévus dans ces protocoles.

(1) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

I. LE BILAN DU DISPOSITIF MIS EN PLACE PAR LA LOI DU 21 JUILLET 2009

- *Les enjeux de la création des protocoles de coopération*

Issu de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009, l'article L. 4011-2 du code de la santé publique permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels de santé, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients. Ces initiatives prennent la forme de protocoles de coopération.

En pratique, le protocole doit indiquer l'objet et la nature de la coopération, en précisant notamment les disciplines ou les pathologies concernées ; il doit en outre définir le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés.

Afin d'encadrer la démarche de coopération des professionnels de santé, le législateur a prévu deux garde-fous : le protocole doit d'abord être transmis à l'ARS, qui vérifie la cohérence du projet avec un besoin de santé constaté au niveau régional. Le protocole est ensuite soumis à la validation de la Haute autorité de santé (HAS).

- *L'amélioration du financement des protocoles prévu par la LFSS pour 2014*

À l'occasion d'un premier bilan des protocoles de coopération, cinq années après leur création, l'étude d'impact attachée au projet de loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 constatait que la très grande majorité des protocoles validés par la HAS n'avaient jamais été mis en œuvre faute de financements disponibles et adéquats. La loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a de ce fait entrepris de réformer le cadre d'autorisation des protocoles de coopération, en renforçant notamment l'évaluation des protocoles et l'appréciation de leur modèle économique.

Sous réserve de l'avis favorable de la HAS, l'avis d'un collège des financeurs, composé de représentants de l'assurance maladie et de l'État, conditionne désormais pour chaque protocole la possibilité d'un financement national :

– si le protocole est retenu comme une priorité, le collège peut proposer aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'autoriser un financement dérogatoire aux règles de facturation et de tarification de l'assurance maladie. Le cas échéant, ces dérogations sont mises en œuvre pour une durée de trois ans renouvelable une fois ;

— à l'inverse, si le protocole n'est pas identifié comme une priorité nationale, le collège des financeurs peut décider de n'accorder aucun financement national, tout en autorisant les ARS à financer son déploiement sur leurs crédits régionaux.

En conséquence, pour éclairer le collège des financeurs, toute nouvelle demande doit être accompagnée d'un modèle économique précisant notamment « *les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés* ».

Par ailleurs, six mois avant le terme du protocole, les professionnels de santé doivent désormais remettre à l'ARS les éléments nécessaires à son évaluation, cette dernière ayant vocation à permettre la pérennisation et l'extension au territoire national d'un protocole de coopération. L'avis de l'ARS est transmis à la HAS et au collège des financeurs, dont le rôle est de se prononcer sur le maintien du protocole et de son financement, soit à titre dérogatoire, soit à titre pérenne via son inscription dans les nomenclatures.

Lorsque le collège des financeurs recommande la prise en charge des actes dérogatoires par la branche maladie, un arrêté ministériel autorise cette prise en charge, le cas échéant, pour une période limitée.

- *Un bilan en demi-teinte*

L'objectif poursuivi par la création des protocoles de coopération était à la fois d'approfondir la coopération entre les différents professionnels de santé et d'améliorer la qualité du service de soins pour le patient, en particulier dans les zones du territoire national où il existe un déficit de professionnels de santé.

Rappelons également que d'un point de vue financier, le développement des protocoles de coopération est susceptible d'engendrer des économies substantielles, en raison de la moindre rémunération des actes réalisés par des professionnels de santé autres que les médecins. L'étude d'impact prend l'exemple des bilans visuels réalisés par les orthoptistes salariés d'ophtalmologistes : en faisant l'hypothèse de la réalisation de cet acte au cours de 1 000 consultations par an et par 500 professionnels, l'économie annuelle réalisée serait de l'ordre de 8,5 millions d'euros.

Les représentants de la HAS auditionnés par la rapporteure ont toutefois estimé que le bilan du développement des protocoles était à ce jour plutôt décevant, certaines ARS n'ayant jusqu'à ce jour renvoyé aucun protocole à la HAS.

Selon les informations transmises à la rapporteure, depuis la création des protocoles, de coopération, 91 protocoles ont été proposés par 21 régions ; 38 protocoles différents ont été autorisés ; parmi eux, seuls 25 protocoles ont été effectivement mis en œuvre par quelques 1 190 professionnels.

Quelques types de protocoles rencontrent certes un certain engouement, en particulier dans la filière visuelle : la HAS a ainsi validé plusieurs protocoles de coopération permettant par exemple la réalisation d'un bilan visuel par un orthoptiste – et non par un ophtalmologiste. D'autres types de protocoles, en revanche, peinent à trouver leur public : certains professionnels de santé tels que les infirmiers expriment des réticences à exercer des actes pour lesquels ils n'ont pas reçu de formation spécifique ; en outre, la moindre rémunération de l'acte lorsqu'il est effectué par un professionnel de santé autre que le médecin peut décourager certaines initiatives ⁽¹⁾.

Un exemple de réussite : le protocole ASALEE

L'association ASALEE a proposé en 2011 à l'agence régionale de santé Poitou-Charentes un protocole de coopération (délégation d'actes ou d'activités de médecins vers des paramédicaux), en application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST.

Après avis conforme de la Haute autorité de santé en mai 2011, l'ARS Poitou-Charentes a autorisé le protocole par arrêté le 18 juin 2012.

Ce protocole concerne deux dépistages (troubles cognitifs et broncho-pneumopathie chimique obstructive du patient tabagique : BPCO) et deux suivis de pathologies chroniques (dépistage et suivi du diabète et suivi du risque cardio-vasculaire).

Les activités réalisées par les infirmières suivant ce protocole sont :

- *suivi du patient diabétique de type 2* incluant rédaction et signature de prescriptions types des examens, prescription et réalisation des électrocardiogrammes (ECG), prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds ;
- *suivi du patient à risque cardiovasculaire* incluant prescription et réalisation des ECG ;
- *suivi du patient tabagique à risque BPCO*, incluant prescription, réalisation et interprétation de spiromètre ;
- *consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test de mémoire*, pour les personnes âgées.

Le protocole est aujourd'hui autorisé dans 21 régions et comprend 232 infirmiers diplômés d'État et 875 médecins généralistes, pour un budget d'environ 800 000 euros financés par la CNAMTS.

Au niveau du collège des financeurs, le financement dérogatoire d'ASALEE, autorisé par l'arrêté du 12 janvier 2015, a été prorogé pour 2015 et devrait l'être à nouveau en 2016. La réflexion sur le devenir du modèle devrait aboutir à la pérennisation d'un mode d'organisation permettant l'extension de ces coopérations à d'autres pathologies ou à davantage de professionnels.

Source : Direction de la sécurité sociale.

Si l'on ajoute à ces résistances la complexité du processus d'instruction des demandes – des protocoles similaires ont par exemple été instruits par des ARS différentes, qui ont été confrontées de manière simultanée aux mêmes

(1) Rapport sur la « restructuration de la filière visuelle », établi par le Dr Dominique Voynet, juillet 2015.

difficultés –, il ne paraît pas surprenant de constater que la plupart des protocoles n’existent aujourd’hui que sur le papier.

II. ENCOURAGER LE DÉVELOPPEMENT DES PROTOCOLES DE COOPÉRATION GRÂCE À LA PÉRENNISATION DES ACTES DÉROGATOIRES

Dans son rapport sur la filière visuelle précité, l’Inspection générale des affaires sociales (IGAS) plaidait pour « *raccourcir le délai d’instruction* », « *harmoniser les procédures* », « *mettre en place un dispositif national de coordination associant les responsables scientifiques de la spécialité* » afin de redynamiser l’élaboration de protocoles et de pérenniser, le cas échéant, les actes dérogatoires qu’ils mettent en œuvre.

En l’état du droit, la pérennisation d’un acte réalisé sous forme dérogatoire implique deux exigences : la modification des dispositions réglementaires définissant les actes respectifs des professionnels de santé, d’une part, et l’inscription de ces actes sur la liste des actes et prestations pris en charge par l’assurance maladie, d’autre part. Mais compte tenu des délais liés au recueil des différents avis consultatifs, la durée de cette procédure peut s’avérer excessive, et retarder en conséquence la pérennisation de protocoles alors même que leur efficacité est attestée.

L’article 45 entreprend donc de faciliter et de diminuer les délais nécessaires à l’inscription des actes sur la liste des actes remboursables par l’assurance maladie, à l’issue de la période dérogatoire, de manière à encourager le développement des protocoles de coopération.

- *Réduire les délais liés aux consultations obligatoires*

Afin d’accélérer l’inscription des actes dans les décrets définissant le champ d’intervention des professionnels concernés et dans la liste des actes et prescriptions remboursables par l’assurance maladie, il est proposé dans un premier temps d’aménager les délais relatifs aux consultations obligatoires. Le **I°** modifie à cet effet l’article 4011-2-3 du code de la santé publique.

Le **1°** du **I°** complète le second alinéa du I de l’article L. 4011-2-3 afin d’établir qu’à la fin de la période de financement dérogatoire, la HAS rend, en même temps que son avis sur l’efficacité du protocole, un avis pour l’ensemble des actes contenus dans le protocole. Ce dernier vaut avis préalable pour la procédure d’inscription des actes à la nomenclature, ce qui revient à éviter une double consultation de la HAS. Les **1° et 2° du II** modifient par coordination l’article L. 161-37 du code de la sécurité sociale qui détermine les missions de la HAS.

Le **2°** et le **3° du I** organisent ensuite les répercussions d’un avis favorable du collège des financeurs sur la prise en charge financière du protocole. En l’état

du droit, lorsque le collège des financeurs émet un avis favorable, le directeur général de l'ARS peut maintenir le protocole pour une durée qui lui appartient ; le 2° supprime cette possibilité. Le 3° du I définit ensuite dans une nouvelle rédaction du III de l'article L. 4011-2-3 les modalités de pérennisation des actes applicables en cas d'avis favorable du collège des financeurs.

Le 1° du III confie à l'Académie nationale de médecine le soin de se prononcer sur les projets de textes réglementaires visant à inscrire les actes professionnels dans la nomenclature mentionnée au 1° de l'article L. 4161-1 du même code, afin d'étendre ou de pérenniser tout ou partie du protocole. Il convient de rappeler que l'Académie de médecine est d'ores et déjà sollicitée pour rendre un avis sur l'inscription des actes professionnels à la nomenclature prise par arrêté du ministre en charge de la santé ; l'avis qui lui est demandé dans le cadre de cet article s'inscrit donc dans le prolongement de cette mission. Il est précisé que l'Académie doit se prononcer dans un délai de deux mois maximum.

C'est ensuite l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie (UNCAM) qui est chargée d'arrêter les règles de hiérarchisation des actes : à défaut d'inscription des actes inscrits dans un protocole de coopération ayant recueilli un avis favorable du collège des financeurs dans les six mois à compter de la transmission de l'avis de la HAS, l'UNCAM devra transmettre aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale les motifs de l'absence de décision d'inscription, comme en dispose le 4° du II. Le 5° du II modifie par coordination l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale.

Tant que les textes réglementaires définissant et encadrant les actes des professionnels de santé ne sont pas publiés, le 2° du nouveau III propose que les dérogations prévues par les protocoles de coopération demeurent applicables. En outre, le 4° du I autorise les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à proroger la durée du financement prévu à l'article L. 4011-2-2 « jusqu'à l'inscription des actes du protocole sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ».

- *Renforcer la formation des professionnels de santé aux actes contenus dans les protocoles de coopération*

Pour répondre aux inquiétudes de certains professionnels de santé concernant leur niveau de qualification insuffisant au regard des actes qu'ils sont amenés à réaliser dans le cadre des protocoles de coopération, le dernier alinéa du 3° du I propose de compléter le III de l'article L. 4011-2-3 du même code par un 3° prévoyant l'intégration des actes contenus dans le protocole à la formation initiale ou au développement professionnel continu des professionnels de santé. Les modalités de dispense de cette formation doivent être précisées par voie réglementaire.

- *Supprimer la procédure d'extension des protocoles de coopération au niveau national*

La suppression du III de l'article L. 4011-2-3 du même code par le 3° du I revient à supprimer la procédure d'extension au territoire national des protocoles de coopération par la HAS. Cette disposition, qui répond toujours au souci d'encourager le développement des protocoles, paraît d'autant plus nécessaire que la possibilité d'extension laissée à la HAS n'a pas démontré son utilité : à ce jour, la HAS n'a émis aucun avis d'extension sur le territoire national. En outre, une ARS peut déjà dupliquer un protocole existant dans une autre région.

Toutefois, la HAS pourra proposer d'elle-même si un protocole doit présenter une portée nationale dans le cadre de l'avis qu'elle rend sur l'efficacité du protocole.

- *Les impacts financiers*

L'étude d'impact s'efforce de chiffrer les économies que représenterait pour l'assurance maladie la pérennisation des actes prévus dans les protocoles de coopération, et se fonde à cette fin sur un ensemble d'hypothèses dont il est difficile de mesurer le caractère réaliste. Pour la pérennisation de l'acte consistant à déléguer aux orthoptistes salariés par des ophtalmologistes les bilans visuels, par exemple, l'étude d'impact estime qu'en cas de réalisation de l'acte par 500 professionnels de santé, pour 1 000 consultations par an et par professionnel, les économies nées d'un moindre coût de la consultation pratiquée par l'orthoptiste s'élèveraient à plus de huit millions d'euros pour l'assurance maladie.

Au regard de la construction de ces hypothèses, qui reposent sur un grand nombre d'inconnues, il ne paraît toutefois pas possible d'établir avec certitude à ce stade le potentiel d'économies susceptible d'être générées par la pérennisation des actes prévus par les protocoles de coopération.

*

La rapporteure considère que cette mesure est une première étape nécessaire au développement des protocoles de coopération et que la formation des professionnels de santé aux actes dérogatoires va dans le bon sens. Elle tient néanmoins à souligner que cet article ne répond pas à la problématique de la rémunération des actes.

Dès lors, la pérennisation des actes dérogatoires ne suffira pas à lever tous les écueils qui ont freiné depuis leur création le développement des protocoles : sans revalorisation de la rémunération des actes délégués par les médecins à des professionnels de santé non médecins, ces derniers manqueront certainement d'incitation pour effectuer plus fréquemment ces actes.

*

La Commission examine les amendements identiques AS108 de M. Fernand Siré, AS177 de M. Rémi Delatte, AS218 de M. Bernard Accoyer et AS307 de Mme Valérie Boyer.

M. Fernand Siré. L'article 45 tend à permettre l'inscription pérenne, sur la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, des pratiques innovantes, lorsque leur efficience aura été reconnue à l'issue de protocoles de coopération. Cependant, il est essentiel que les conseils nationaux professionnels et les syndicats représentatifs des professions concernées par le protocole de coopération soient saisis conjointement pour avis des projets de textes réglementaires par le collège des financeurs, au même titre que l'Académie de médecine. En effet, qui est mieux placé que les professionnels de santé en exercice pour déterminer l'efficience d'un traitement ?

M. Rémi Delatte. L'amendement AS177 est défendu.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS218 également.

Mme Valérie Boyer. De même que l'amendement AS307.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Par ces amendements, vous proposez de soumettre pour avis les projets d'inscription des actes professionnels issus des protocoles de coopération, d'une part, aux conseils nationaux professionnels et, d'autre part, aux syndicats représentatifs des professions concernées. Je ne suis pas favorable à cette disposition, car l'objectif poursuivi par l'article 45 est au contraire de simplifier la procédure et de raccourcir les délais liés aux consultations obligatoires. Pour mémoire, la procédure de consultation pour avis est déjà très encadrée : la Haute Autorité de santé doit remettre un avis sur chacun des actes contenus dans le protocole, et le financement de ces actes est soumis à l'avis d'un collège des financeurs.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 45 sans modification.

Après l'article 45

La Commission est saisie des amendements identiques AS116 de M. Jean-Pierre Barbier et AS375 de M. Gilles Lurton.

M. Jean-Pierre Barbier. Cet amendement tend à faire reconnaître la spécificité d'une catégorie d'acteurs de la chaîne du médicament qui assument des missions habituellement dévolues aux grossistes-répartiteurs. Il s'agit d'un certain nombre de laboratoires tels que les laboratoires homéopathiques, pour lesquels l'activité de répartition-distribution n'est pas rentable, ainsi que l'a reconnu l'IGAS dans un rapport de 2014. Pour essayer de la rentabiliser, ces laboratoires demandent aux pharmaciens de regrouper leurs commandes et leur accordent des remises en contrepartie. De ce fait, ils sont assujettis à la troisième tranche de la

contribution qui est due par les distributeurs en gros, alors même que leur marge de « grossiste » ne leur permet pas de compenser les coûts de répartition-distribution. Mon amendement vise à les exempter de cette contribution, sachant qu'ils sont déjà exclus du champ d'application de l'obligation de service public des grossistes-répartiteurs. Il s'agirait en fait de leur étendre l'exemption qui existe déjà pour d'autres catégories d'opérateurs de la chaîne du médicament.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS375 est défendu.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Nous en revenons à la question du médicament. Ces amendements visent à exonérer du paiement de la troisième tranche de la contribution due par les distributeurs en gros les spécialités exclues du champ d'application des obligations de service public des grossistes-répartiteurs, par exemple l'homéopathie et la fabrication de produits de santé à partir de plantes médicinales. La question soulevée par votre amendement a notamment été abordée dans un récent rapport de l'IGAS. Cependant, la mesure que vous proposez a un coût que nous ne sommes pas en mesure d'évaluer à ce stade. De plus, la contribution en question est constituée par une fraction du chiffre d'affaires qui correspond au montant de la marge rétrocédée aux pharmacies. Dès lors, si le fournisseur ne rétrocède pas une partie de sa marge au pharmacien, il n'est pas taxé. Il n'y a donc pas lieu, selon moi, de prévoir une nouvelle exonération. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS112 de M. Fernand Siré, AS219 de M. Bernard Accoyer et AS326 de Mme Valérie Boyer.

M. Fernand Siré. Je laisse le soin à M. Accoyer de défendre ces amendements identiques.

M. Bernard Accoyer. Compte tenu des nombreux changements de pratique, de l'évolution des technologies et de la modernisation d'un certain nombre d'actes, les commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP), qui sont des instances paritaires, doivent pouvoir piloter et déterminer la procédure d'évaluation du coût de la pratique des actes. Ainsi, la hiérarchie des actes serait plus conforme à la réalité.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS326 est défendu.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Ces amendements visent à permettre aux CHAP de déterminer les règles d'évaluation du coût de la pratique des prestations et actes hiérarchisés. Il ne faut pas négliger cette idée, mais cette mission ne correspond pas à un besoin identifié. Lors du débat en séance publique, nous pourrions éventuellement proposer à la ministre que les CHAP donnent un avis consultatif. D'autre part, si nous adoptons cette disposition, cela reviendrait à retirer une compétence à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie

(UNCAM). Or il est difficilement concevable d'écarter celle-ci de la procédure dans la mesure où elle est le payeur. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS95 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. La iatrogénie médicamenteuse est un fléau : à l'origine d'incidents médicaux majeurs, elle est la cause d'hospitalisations, voire de décès. Il s'agit d'un enjeu décisif en matière de santé publique. Actuellement, les médecins ont accès à l'historique de remboursement de médicaments par l'assurance maladie. Je propose que les pharmaciens qui délivrent ces médicaments aient également accès à cet historique. Cela permettra d'éviter des cas de iatrogénie.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Votre amendement est tout à fait légitime, mais il est satisfait. En effet, le dossier pharmaceutique contribue déjà à sécuriser la dispensation des médicaments. Il permet au pharmacien qui le consulte de connaître l'historique des médicaments qui ont été dispensés. Le pharmacien peut ainsi agir efficacement contre la iatrogénie médicamenteuse, en prévenant les risques d'interaction entre médicaments ainsi que les traitements redondants ou cumulatifs.

L'article R. 1111-20-5 du code de la santé publique dispose que : « Au moment de la dispensation, et sauf opposition du bénéficiaire ou de son représentant légal, le pharmacien, dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui lui sont applicables, consulte le dossier pharmaceutique, afin de déceler et de signaler au bénéficiaire ou à son représentant légal les éventuels risques de redondances de traitements ou d'interactions médicamenteuses pouvant entraîner des effets iatrogènes connus. »

M. Gérard Bapt. Je m'interroge sur la réponse apportée par Mme la rapporteure. Le dossier pharmaceutique ne peut être ouvert qu'avec l'accord du patient.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. C'est ce que j'ai dit.

M. Gérard Bapt. Par ailleurs, lorsqu'il existe, il peut présenter des trous, car un professionnel peut ne pas l'avoir complété. À l'opposé, l'historique de remboursement des médicaments donne une information exhaustive. Donc, selon moi, on ne peut pas dire que l'amendement est satisfait du seul fait qu'il existe un dossier pharmaceutique. Il serait souhaitable que nous revenions sur ce point d'ici à la séance publique.

Mme la présidente Catherine Lemorton. *A contrario*, l'automédication apparaît sur le dossier pharmaceutique, mais pas sur la liste des remboursements.

M. Gérard Bapt. Raison de plus !

M. Jean-Pierre Barbier. Le dossier pharmaceutique est spécifique à l'officine. Actuellement, à la différence du médecin, le pharmacien qui délivre les médicaments n'a pas accès à l'historique de remboursement enregistré sur la carte Vitale. Cet amendement vise à lui donner cet accès.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je reconnais que le dossier pharmaceutique ne répond pas parfaitement à votre préoccupation, encore une fois tout à fait légitime. Je vous propose de reprendre cette discussion en séance. Dans l'immédiat, je vous invite à retirer votre amendement. À défaut, je donnerai un avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. Ce n'est pas un amendement superficiel.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je n'ai pas dit cela.

M. Jean-Pierre Door. Il s'agit de défendre le parcours de soins et la coordination des soins. Aujourd'hui, le dossier médical personnel n'existe pas encore et le dossier pharmaceutique – ainsi que vient de le rappeler Gérard Bapt, que je remercie de son soutien – est facultatif et ne peut être consulté qu'avec l'accord du patient. Toutes les informations ne figurent donc pas dans ce dossier. Nous souhaitons que le pharmacien qui délivre les médicaments soit autorisé à consulter l'historique de remboursement, de la même manière que le médecin, *via* la carte Vitale et le site de l'assurance maladie. Le pharmacien est, au même titre que le médecin, un acteur de santé professionnel. L'objectif, en effet légitime, est d'éviter la iatrogénie.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cette discussion est extrêmement intéressante, mais elle empiète sur le débat que nous aurons lors de l'examen du projet de loi relatif à la santé. C'est pour moi une raison de plus de vous suggérer de retirer votre amendement et de revenir sur cette question en séance publique.

M. Jean-Pierre Door. Je comprends que les positions sont susceptibles d'évoluer. Je maintiens mon amendement. Ainsi, nous pourrions le défendre en séance publique sans avoir à le déposer à nouveau.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Dans ce cas, avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS239 rectifié de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. En vertu de la Constitution, les projets de loi de financement de la sécurité sociale recensent toutes les mesures qui affectent les recettes et les dépenses de l'assurance maladie. Par cet amendement, je propose que le Gouvernement remette au Parlement, avant le 1^{er} juin 2016, un rapport sur le coût potentiel de la généralisation du tiers payant. La quasi-totalité des médecins s'opposent résolument à cette décision du Gouvernement. Il serait utile que celui-ci explique et prouve, ainsi qu'il prétend le faire, que cette mesure n'est

pas inflationniste. Je rappelle que beaucoup évaluent son coût à environ 1 milliard d'euros.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je donne un avis tout à fait défavorable à cet amendement. C'est lui qui aurait un effet inflationniste sur nos discussions ! La question du tiers payant sera à nouveau abordée lors de l'examen du projet de loi relatif à la santé. Nous aurons tout loisir, à ce moment-là, de reprendre ce débat, qui a déjà été très largement engagé.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS309 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cet amendement, qui demande un rapport au Gouvernement, vise surtout à appeler l'attention sur l'intérêt que présenteraient des ORDAM (objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie) – une idée chère à mon ami Jean-Luc Prével, hélas disparu il y a peu.

Selon la Cour des comptes, les agences régionales de santé (ARS) « devraient mieux prendre en compte l'objectif de maîtrise des dépenses à travers la fixation d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie. Ces objectifs régionaux, qui déclinent l'ONDAM national, permettraient de moduler la contrainte financière en fonction des besoins de rééquilibrage de l'offre de soins non seulement entre secteurs, mais aussi entre régions, à travers la fixation d'objectifs de résorption des inégalités d'accès aux soins ».

Si je défends bec et ongles les ORDAM, c'est notamment en songeant à ma région, le Nord-Pas-de-Calais, qui souffre d'un taux de mortalité particulièrement élevé en raison de son passé industriel. En outre, pourquoi auditionner la Cour des comptes si c'est pour rejeter ensuite les amendements qui abondent dans son sens ?

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'idée d'un ORDAM n'est pas illégitime. L'objectif est de donner aux ARS des marges de manœuvre pour dépenser mieux en créant, au sein de l'ONDAM, une part régionale. Mais il existe déjà des instruments qui permettent de décliner l'ONDAM à un niveau plus fin d'analyse ; je songe plus particulièrement au FIR.

Par ailleurs, en décembre 2011, cette question a fait l'objet d'un rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, qui a jugé que la construction des ORDAM et leur taux d'évolution seraient plus complexes et imprécis que ceux des objectifs en vigueur au niveau national.

Nous qui ne cessons de vanter la simplification, concentrons-nous sur des mesures concrètes au moyen des objectifs que nous avons déjà fixés, au lieu de nous lancer dans des constructions budgétaires complexes et difficiles à analyser dans la durée.

Bien que très sensible aux particularités régionales, en particulier à celles du Pas-de-Calais, j'émetts donc un avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle aborde ensuite l'amendement AS359 de Mme Bernadette Laclais.

Mme Bernadette Laclais. Cet amendement tend à demander au Gouvernement un rapport sur les méningites à méningocoques, qui tuent chaque année plusieurs dizaines d'enfants et en laissent un aussi grand nombre avec des séquelles importantes. Je n'ignore pas qu'un rapport sur la vaccination est déjà attendu, mais je souhaiterais que nous disposions d'éléments assurant sa promotion par les ARS dans la tranche d'âge comprise entre l'entrée en maternelle et la fin des études.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cet amendement est satisfait. En effet, les ARS disposent d'outils leur permettant de promouvoir la vaccination contre les méningites et de prendre en charge le coût des vaccins, et elles se sont largement emparées de cette possibilité : voyez la récente campagne des ARS de Bretagne, de Bourgogne ou du Centre. Je ne suis pas certaine qu'un rapport améliorerait la situation. Je vous demande donc de bien vouloir retirer l'amendement.

L'amendement est retiré.

CHAPITRE III

Poursuite de la réforme du financement des établissements

Article 48

(art. 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003)

Report de la réforme de la participation financière de l'assuré aux frais d'hospitalisation

Cet article vise à prolonger la période transitoire de maintien de l'assiette du calcul du ticket modérateur aux frais d'hospitalisation sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP).

I. LES MODALITÉS DE CALCUL DE LA PARTICIPATION DES ASSURÉS AUX FRAIS D'HOSPITALISATION.

La tarification à l'activité (T2A), qui concerne les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, s'est caractérisée par une mise en place progressive. Différentes mesures transitoires ont été prévues pour les établissements anciennement financés par la dotation globale par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Il en est ainsi du maintien de l'assiette de calcul du ticket modérateur sur le tarif journalier de prestation.

Le principe du calcul du ticket modérateur est fixé par l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. Il est établi sur la base des tarifs nationaux de prestation issus des groupements homogènes de séjour (GHS).

Principes de calcul de la tarification à l'activité

La tarification à l'activité est mesurée grâce à une approche utilisant la classification en groupes homogènes de malades (GHM). Un GHM caractéristique d'un séjour détermine un groupe homogène de séjour (GHS), qui lui-même définit un tarif forfaitaire de séjour. Ce tarif comprend l'ensemble des dépenses nécessaires au traitement du patient pour un diagnostic donné.

Toutefois, pour les établissements anciennement sous dotation globale (établissements publics de santé et établissements privés à but non lucratif), ce tarif est établi, par dérogation, sur la base du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement. Tel est l'objet du II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Les conditions et modalités de la participation du patient aux TJP sont fixées par voie réglementaire ⁽¹⁾.

Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, ces tarifs sont établis pour au moins chacune des catégories suivantes :

- l'hospitalisation complète en régime commun ;
- l'hospitalisation à temps partiel ;
- la chirurgie ambulatoire ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- les interventions de la structure mobile d'urgence et de réanimation.

Les TJP sont obtenus, pour chacune de ces catégories tarifaires, en divisant le coût de revient prévisionnel par le nombre de journées d'hospitalisation prévues, après déduction des produits ne résultant pas de la facturation de ces tarifs ⁽²⁾.

Rappelons que cette transition a été rendue nécessaire pour deux motifs. Le premier résidait dans l'impossibilité, pour ces établissements, d'établir une facturation individuelle directe sur la base des tarifs nationaux au moment de la

(1) Décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

(2) Il s'agit des forfaits « interruptions volontaires de grossesse », les actes et consultations externes ainsi que les forfaits mentionnés aux 2°, 4°, 5° et 6° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale (à savoir les forfaits « accueil et traitement des urgences » – ATU – forfaits « petit matériel » – dit FFM –, forfaits « sécurité environnement » – SE – et forfaits « d'administration de produits et prestation en environnement hospitalier » – APE –).

mise en œuvre de la T2A. Le second est lié à l'effet financier qu'entraîne pour les établissements une modification de l'assiette de calcul du ticket modérateur. En effet, en dépit d'un financement portant sur la tarification à l'activité, une part encore conséquente du budget de ces établissements est encore couverte par le versement de dotations (dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ou forfaits annuels). En définitive, l'assiette des GHS ne recouvre qu'une partie limitée de leur coût. Pour les cliniques privées, l'enjeu ne se pose pas dans les mêmes termes compte tenu de la part résiduelle représentée par le financement par dotation.

Limitée dans le temps, la phase transitoire a été reconduite à plusieurs reprises. Un terme avait été fixé dans un premier temps au 31 décembre 2008 par la loi de financement pour 2008. L'échéance a cependant été repoussée à deux reprises : au 31 décembre 2012 par la loi de financement pour 2009 puis au 31 décembre 2015 par la loi de financement pour 2013.

II. LA PROLONGATION DU DISPOSITIF TRANSITOIRE

Le 1^o modifie le II de l'article 33 de la loi précitée et prolonge la phase transitoire en la portant de 2015 à 2019. Selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, cette prolongation est justifiée pour deux raisons.

En premier lieu, il importe de mesurer les effets financiers d'une telle réforme. Aujourd'hui, la cible consiste en une assiette fondée sur les tarifs GHS. Le changement d'assiette pourrait soit entraîner une perte financière pour les établissements, les GHS ne représentant qu'une partie du financement global des hôpitaux, soit conduire à une augmentation du financement des établissements de santé par l'assurance maladie obligatoire pour compenser la baisse de la participation des assurés aujourd'hui majoritairement assumée par les organismes complémentaires.

En second lieu, il convient de modifier préalablement les processus de facturation des établissements de santé.

La mise en place de la T2A était assortie, s'agissant des établissements anciennement sous dotation globale, d'une modification des règles de facturation qui prévoyait notamment la mise en place d'une facturation directe et individuelle des séjours, actes et consultations externes, à l'assurance-maladie. Ce mécanisme était destiné à se substituer au mécanisme de versement de la dotation globale, pour la part des recettes des établissements émanant de l'assurance maladie et liée à l'activité.

Cette modification aurait rapproché ces établissements du système en vigueur pour les cliniques privées qui transmettent, de longue date, directement les factures individuelles relatives aux séjours à une caisse centralisatrice de paiement.

Dès 2003, le changement de système a été reporté en raison de la complexité du processus. Dans l'attente, un système transitoire s'est mis en place. Les établissements transmettent leur activité, de façon mensuelle, à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), sous forme de résumés de sortie anonymes. L'ATIH est alors chargée de contrôler et de valoriser les séjours. Elle transmet ensuite ces informations à l'agence régionale de santé, qui prend sur cette base un arrêté de versement, lui-même support au versement par la caisse pivot de l'établissement.

Pour aboutir à une facturation directe et au calcul subséquent du ticket modérateur, le circuit de facturation doit donc être profondément remanié, ce qui ne pourra se faire que de manière très progressive.

La facturation devra, en effet, se faire « au fil de l'eau », ce qui en raison du très grand nombre de factures à gérer rend incontournable leur maniement et transmission sous format numérique, impliquant une mise à niveau de l'infrastructure informatique des établissements.

Cette nouvelle modalité de facturation sera applicable au 1^{er} janvier 2016 pour les actes et consultations externes comme le prévoit la loi de financement pour 2014.

S'agissant des séjours, les travaux menés par l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales ont conclu à l'impérieuse nécessité de déployer au préalable des outils informatiques adaptés. L'appropriation de ces nouveaux outils par les établissements permettra de déterminer de manière plus adéquate un ticket modérateur sur la base du GHS. Le changement de système informatique n'est ainsi prévu qu'à compter du 1^{er} mars 2018, sur la base de SIMPHONIE qui regroupe les projets :

- FIDES : facturation individuelle des établissements de santé ;
- CDRi : consultation en ligne des droits réels au titre de l'assurance maladie obligatoire ;
- ROC : remboursement des organismes complémentaires ;
- TIPI : titres payables par internet.

III. LA MISE EN PLACE D'UNE RÈGLE DE PLAFONNEMENT

Le 2^o insère, au sein du II de l'article 33 de la loi précitée, une phrase visant à encadrer la progression des TJP par l'instauration d'un plafond fixé par décret.

Rappelons qu'il s'agit d'un tarif basé sur un coût de revient et une durée d'hospitalisation prévisionnels, par définition propre à chaque établissement. Il est donc tendanciellement inflationniste. Dans un certain nombre de cas, on observe

même une augmentation des TJP plus importante que l'évolution de leurs seules charges. Depuis 2013, le ministère de la santé enjoint les ARS de mettre en œuvre des actions pour mettre fin à cette dérive.

Cet article prévoit une base législative afin de contenir la progression du TJP et de lutter contre les pratiques de distorsion entre coûts réels et TJP.

Cette mesure devrait permettre aux établissements de contenir les progressions de manière quasi-uniforme tout en l'adaptant au niveau des charges calculées pour chaque établissement.

S'agissant des établissements pour lesquels il est constaté des pratiques d'optimisation, au détriment des patients, l'action consistera à rapprocher progressivement le montant des TJP de leur valeur réelle. D'après les informations obtenues par la rapporteure, il sera donc demandé aux ARS de veiller à la diminution des TJP supérieurs au niveau auxquels ils devraient être.

Le plafond n'est pas encore défini. Selon les informations transmises à la rapporteure, il pourrait prendre la forme d'un taux d'évolution qui s'appuierait éventuellement sur celui de l'ONDAM hospitalier.

*

La Commission examine les amendements identiques AS10 de M. Jean-Pierre Door, AS128 de Mme Valérie Boyer, AS184 de M. Bernard Accoyer et AS297 de M. Francis Vercamer.

M. Jean-Pierre Door. L'article 48 reporte à 2020 la réforme du calcul du tarif journalier de prestation (TJP) à l'hôpital. Lorsque la tarification à l'activité a été instaurée, un dispositif transitoire a permis aux établissements publics de continuer à calculer le ticket modérateur réglé par l'assuré ou sa complémentaire sur la base du TJP, plutôt qu'à partir du groupe homogène de séjour (GHS) en vigueur dans les autres établissements de santé. Cette situation devait prendre fin en 2015.

Concrètement, les hôpitaux publics fixent eux-mêmes, en accord avec les ARS, le montant du TJP. Ce dispositif a été dénoncé par de nombreuses personnes, en particulier par les associations de patients.

Voilà pourquoi nous proposons de supprimer cet article et de laisser le dispositif s'éteindre fin 2015, comme initialement prévu.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS128 est défendu.

M. Bernard Accoyer. L'article 48, particulièrement choquant, illustre une nouvelle fois le refus gouvernemental de procéder à des réformes de structure. On préfère prolonger pour cinq ans un dispositif improvisé qui ne coûte pas moins de 1 milliard d'euros aux complémentaires ou aux personnes hospitalisées. En outre, la fixation du ticket modérateur est laissée à l'appréciation des seuls

établissements hospitaliers publics ; or les variations sont considérables – de 1 à 6, voire 7 ! Rien ne justifie le maintien de ce régime, sinon, je le répète, le refus d’opérer des ajustements indispensables dans le parc hospitalier public français.

M. Francis Vercamer. Le Gouvernement prend moins de gants avec le médicament qu’avec les établissements hospitaliers : voilà qu’un régime transitoire instauré en 2003 et qui devait prendre fin en 2015 est prolongé jusqu’en 2020. Les TJP varient d’un établissement à l’autre, d’une région à l’autre, et le reste à charge pour les patients peut être extrêmement élevé. L’Observatoire citoyen des restes à charge en santé, créé par *60 millions de consommateurs*, a dénoncé cette situation à plusieurs reprises, faisant valoir que ces tarifs servent de variable d’ajustement au budget de l’hôpital.

Le Gouvernement aurait eu le temps de prendre des mesures structurelles pour l’hôpital ; il ne l’a pas fait, il a supprimé la convergence tarifaire et s’est refusé à faire rentrer dans le rang les établissements hospitaliers. Cela suffit !

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Ce sujet est bien connu ; je ne m’y attarderai donc pas. La reconduction du dispositif s’explique par deux raisons : l’impossibilité pour les établissements d’établir une facturation individuelle directe à partir des tarifs nationaux, car cela demanderait des outils qui ne sont pas encore déployés, et l’effet financier pour les établissements d’une modification de l’assiette de calcul du ticket modérateur. Je vous renvoie à mon rapport pour plus de détails.

Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l’article 48 sans modification.

Après l’article 48

La Commission est saisie de l’amendement AS29 de M. Dominique Tian.

Mme Valérie Boyer. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a reporté de 2016 à 2018 la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Ce report est incompréhensible, pour deux raisons principales.

Premièrement, ce dispositif est un outil de transparence : eu égard aux modalités de financement des établissements de santé, ce qui permet à l’assurance maladie d’être plus efficace et efficiente dans la réalisation de ses contrôles ; mais aussi du point de vue de la mise en œuvre de parcours de soins, car celle-ci requiert un suivi des prises en charge, lesquelles doivent donc pouvoir être retracées par les organismes d’assurance maladie.

Deuxièmement, on peut s'interroger sur l'efficience de l'allocation des ressources allouées au développement du projet FIDES dans le cadre du programme Hôpital numérique, pour un montant de 400 millions d'euros.

Les effets bénéfiques de la facturation individuelle des établissements de santé sont constatés sur la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière. Il est d'autant plus regrettable de reporter la généralisation de l'expérimentation uniquement parce que certains établissements participant à l'expérimentation sont incapables d'adapter leur système d'information, comme l'indiquait en 2012 le rapport au Parlement relatif au projet FIDES.

Le Gouvernement disposait de quatre ans pour réaliser l'expérimentation puis la généraliser. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu un nouveau délai de quatre ans pour mettre en œuvre le projet, qui a vocation à contribuer à la transparence des finances sociales dans notre pays et à leur rationalisation.

Le présent amendement permet à l'ensemble des établissements de santé de bénéficier de la mise en œuvre de la facturation individuelle des établissements de santé dès 2016.

Le recul du Gouvernement sur ce sujet est incompréhensible.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Pour répondre à cette demande répétée, j'ai une bonne nouvelle : la facturation au fil de l'eau sera applicable aux actes et consultations externes dès le 1^{er} janvier prochain. S'agissant des séjours, les travaux ont conclu à l'impérieuse nécessité de déployer au préalable, là aussi, des outils informatiques adaptés. En effet, la facturation au fil de l'eau rend incontournables le maniement et la transmission sous format numérique d'un nombre important de factures à gérer, ce qui implique une mise à niveau de l'infrastructure informatique des établissements.

La généralisation de la facturation au fil de l'eau au 1^{er} janvier 2016 paraît tout à fait prématurée. Soyons pragmatiques.

Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Article 49

(art. L. 133-4, art. L. 138-10, art. L. 162-1-14-2, art. L. 162-5-17, L. 162-16-6, art. L. 162-17-5, L. 162-22, L. 162-22-17, L. 162-22-18, L. 162-22-19, L. 162-22-20, L. 162-23 [nouveau], L. 162-23-1 [nouveau], L. 162-23-2 [nouveau], L. 162-23-3 [nouveau], L. 162-23-4 [nouveau], L. 162-23-5 [nouveau], L. 162-23-6 [nouveau], L. 162-23-7 [nouveau], L. 162-23-8 [nouveau], L. 162-23-9 [nouveau], L. 162-23-10 [nouveau], L. 162-23-11 [nouveau], L. 162-23-12 [nouveau], L. 162-23-13 [nouveau], L. 162-23-14 [nouveau], L. 162-23-15 [nouveau], L. 162-26 ; L. 162-27, L. 174-2-1, L. 174-15 et L. 753-4 du code de la sécurité sociale ; article L. 6145-1 et L. 6145-4 du code de la santé publique)

Réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation

Cet article vise à modifier le financement des activités de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé.

I. LE RÉGIME ACTUEL DES ACTIVITÉS DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

Selon l'article R. 6123-118, l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) a « *pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion* ».

A. LES MODES DE FINANCEMENTS

Le financement des activités SSR couvre deux réalités distinctes.

Globalement, le financement des activités SSR des établissements publics et des établissements privés non lucratifs est couvert par une dotation annuelle de financement (DAF). Enveloppe fermée, soumise à une évolution très encadrée et ayant peu évolué, la DAF couvre aujourd'hui les prestations d'hospitalisation, les molécules onéreuses ainsi que les actes et consultations externes. Cette enveloppe relève de l'ONDAM hospitalier.

Les activités SSR des établissements privés lucratifs relèvent de l'objectif quantifié national (OQN). Ce champ couvre aussi les établissements privés non lucratifs ayant opté pour une tarification assise sur le prix de journée. Le financement des activités SSR de ces établissements relève de l'OQN, qui constitue un sous-ensemble de l'ONDAM hospitalier, et pour partie de l'ONDAM « *soins de ville* ». Le premier cas s'applique aux prestations d'hospitalisation qui bénéficient d'un financement assis sur l'activité. Le second cas concerne les actes et consultations externes des médecins libéraux exerçant dans ces établissements et molécules onéreuses. Le financement relève de l'assurance maladie sur la base du tarif de responsabilité.

B. LES ENJEUX

Les activités SSR présentent des enjeux importants. Elles constituent un secteur en forte croissance en raison du développement des maladies chroniques, et du vieillissement de la population. Elles constituent une voie de sortie pour la prise en charge des patients hospitalisés en médecine et chirurgie. Dans un contexte de diminution des durées moyennes de séjour et de baisses de tarification, les établissements sont amenés à optimiser le taux de remplissage des lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en orientant les patients vers les SSR.

Ces perspectives de développement n'ont pas échappé aux différents acteurs, publics comme privés. Pour pallier la baisse des tarifs liés aux activités de MCO, les établissements privés ont ouvert nombre de lits de SSR. Les établissements financés par la DAF ne peuvent bénéficier des mêmes perspectives. Pour le secteur privé, la tarification sur la base du prix de journée revêt un caractère incitatif et encourage au développement de l'activité. Pour le secteur public et privé non lucratif, l'existence d'une enveloppe fermée, qui plus est, peu évolutive, empêche toute ouverture d'activités de SSR. Pire, les établissements publics sont encouragés à diminuer les lits de SSR pour respecter l'enveloppe de l'ONDAM. Il n'y a donc aucune incitation pour ces dernières structures.

II. LES NOUVELLES MODALITÉS DE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

A. LES MESURES DE COORDINATION

Les 1° à 8° du I procèdent à des mesures de coordination tenant compte des modifications introduites par le 9° du présent article portant sur le mécanisme de financement des activités de soins de suite et de réadaptation.

- *Le recouvrement des indus*

Le 1° vise à modifier le 1° de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. Cet article traite du recouvrement des indus en d'observation des règles de tarification ou de facturation. Il autorise l'organisme de prise en charge à recouvrer l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles.

Actuellement, le champ de l'article couvre les actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7 (liste des actes et prestations), L. 162-17 (liste des médicaments), L. 165-1 (liste des produits et prestations), L. 162-22-7 (liste en sus de la tarification à l'activité du champ MCO) ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1 (prestations d'hospitalisations entrant dans le champ de la tarification à l'activité) et L. 162-22-6 (les catégories de prestations entrant dans la tarification à l'activité

remboursée par l'assurance maladie). Il s'agirait de compléter le dispositif en étendant le champ :

- à la liste en sus de la tarification SSR (article L. 162-23-6) ;
- aux catégories de prestations relevant du champ de la tarification SSR remboursée par l'assurance maladie (article L. 162-23-1).

- *Précisions portant sur l'assiette de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques*

Le 2° modifie l'article 138-10 relatif à la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques dont l'article 14 de la loi de financement pour 2015 (LFSS) a revu les modalités d'établissement et l'assiette.

Sont actuellement concernés les médicaments dispensés en ville par les officines et pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie (art. L. 162-17 du code de la sécurité sociale), les médicaments pris en charge par l'assurance maladie en sus des tarifs hospitaliers (art. L. 162-22-7 du même code) ainsi que les médicaments rétrocédables par les établissements hospitaliers (art. 5126-4 du code de la santé publique). En LFSS 2015 ont été ajoutés les médicaments pris en charge à prix libre par l'assurance maladie pendant les phases dérogatoires d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) (art. L. 5121-12 du code de la santé publique) et de post-ATU (art. L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale). Il s'agit d'élargir aujourd'hui l'assiette à la liste en sus de la tarification SSR (art. L. 162-23-6).

- *Les contrôles exercés par l'assurance maladie*

Le 3° modifie l'article L. 162-1-14-2 relatif aux contrôles exercés par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie. Aujourd'hui, ce contrôle porte notamment sur les manquements aux règles de facturation relevant du champ de la tarification à l'activité applicable au champ de la médecine, chirurgie, obstétrique (T2A MCO). Il sera logiquement étendu à la facturation relevant du champ de la SSR (article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale). Sans ce contrôle, il ne sera pas possible à l'assurance maladie de réclamer les indus.

- *Le remboursement par l'assurance maladie des médicaments de la liste en sus prescrits à l'hôpital*

Le 4° étend le champ de l'article L. 162-5-17. Cet article dispose que la prise en charge par l'assurance maladie des prescriptions de spécialités pharmaceutiques relevant la liste en sus de la tarification à l'activité du champ MCO nécessite une identification par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15. L'article L. 162-5-17 précise qu'en l'absence d'identification par le numéro personnel des prescriptions de spécialités pharmaceutiques inscrites sur la

liste en sus MCO (article L. 162-22-7), les dépenses afférentes ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale.

En effet, les médecins exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé, dans les hôpitaux des armées, ceux exerçant leurs fonctions dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif ainsi que les médecins salariés des centres de santé doivent être identifiés par un numéro personnel, distinct du numéro identifiant la structure dans laquelle ils exercent leur activité. Plus prosaïquement, il s'agit du numéro RPPS ⁽¹⁾.

À défaut d'identification par le numéro, les dépenses sont imputées sur les établissements et centres de santé dans lequel exerce le médecin ayant effectué la prescription.

Désormais, il est prévu que l'identification RPPS conditionnera la prise en charge des prescriptions hospitalières relevant de la liste en sus de la tarification SSR.

- *Fixation des tarifs de responsabilité des médicaments inscrits sur la liste en sus*

Le 5° rectifie l'article L. 162-16-6, relatif à la fixation des tarifs de responsabilité des spécialités pharmaceutiques ⁽²⁾ inscrites sur la liste en sus.

La fixation des tarifs de responsabilité pour les spécialités pharmaceutiques fait l'objet d'un accord entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et l'entreprise concernée. L'article prévoit les délais de conclusion de l'accord. À défaut d'accord, le tarif de responsabilité est fixé et publié par le CEPS ⁽³⁾. Le **a**) étend cette procédure à la liste en sus de la tarification SSR.

Cet article prévoit en outre que les spécialités pharmaceutiques concernées sont remboursées sur la base du tarif de responsabilité. Toutefois, lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le **b**) étend cette disposition aux spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus de la tarification SSR.

(1) Répertoire partagé des professionnels de santé.

(2) Selon l'article L. 5111-2 du code de la santé publique, « on entend par spécialité pharmaceutique, tout médicament préparé à l'avance, présenté sous un conditionnement particulier et caractérisé par une dénomination spéciale ».

(3) Ce régime est issu de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

- *Régulation des dépenses afférentes à la liste en sus*

Le 6° étend le régime de l'article L. 162-17-5 aux médicaments inscrits sur la liste en sus de la tarification SSR.

Cet article dispose aujourd'hui que le CEPS peut fixer, notamment pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation relevant du champ de la MCO, le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité. Il est également précisé que les entreprises exploitant ces produits et prestations peuvent toutefois solliciter auprès du CEPS de verser un montant équivalent à la baisse tarifaire sous forme de remise à l'assurance maladie. Ce dispositif s'appliquera aux médicaments inscrits sur la liste en sus de la tarification SSR.

- *Le régime de financement des établissements de santé*

Le 7° procède à la rédaction globale de l'article L. 162-22. Cet article fixe le régime de financement des établissements de santé dûment autorisés.

Il dispose qu'un décret en conseil d'État définit :

- les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-6, c'est-à-dire le financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique selon le principe de la tarification à l'activité ;

- les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-1 dans les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 et aux dispositions de l'article L. 174-1 dans les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 : il s'agit ici des activités de SSR et de psychiatrie financées différemment selon que l'établissement appartient au secteur public ou privé non lucratif d'une part, au secteur privé lucratif d'autre part ;

- les activités financées conformément aux dispositions de l'article L. 174-5, c'est-à-dire les unités de soins de longue durée.

Actuellement, les dispositions législatives n'associent pas aux activités (soins de suite et réadaptation, médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie...) les modèles de financement afférents (tarification à l'activité, dotation globale et prix de journée). Cette association n'est réalisée qu'au niveau réglementaire, aux articles R. 162-29 et suivants du code de la sécurité sociale.

Ce renvoi au règlement rend les dispositions législatives peu lisibles. La nouvelle rédaction permet :

- de préciser, au niveau législatif, pour chaque mode de financement, les catégories d'activités qui s'y rapportent (tarification à l'activité pour les activités de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique et odontologie, dotation annuelle

de financement ou tarifs journaliers pour les activités de psychiatrie et dotation annuelle de financement pour les activités liées aux soins de longue durée).

– d’ajouter un 4° relatif au financement des activités de soins de suite et de réadaptation par le biais d’une dotation modulée à l’activité.

- *Modifications d’un intitulé de section*

Le 8° modifie la sous-section 3 de la section V du chapitre II du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale aujourd’hui intitulée « *Frais d’hospitalisation remboursés sur la base de tarifs nationaux* ». Elle comprend aujourd’hui les articles L. 162-22-6 à L. 162-22-20.

Cette sous-section sera intitulée « *dispositions relatives aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d’odontologie* ».

Elle ne comprendra plus que les articles L. 162-22-6 à L. 162-22-16 qui ont vocation à ne concerner que les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d’odontologie.

Les articles L. 162-22-17 à L. 162-22-20 qui concernent à la fois les activités de MCO et de SSR sont renumérotés et insérés au sein d’une nouvelle section (cf. 10°).

B. LE DISPOSITIF DE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS SSR

Le 9° insère une nouvelle sous-section 3 dénommée « *dispositions relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation* » comprenant les articles L. 162-23 à L. 162-23-11.

Cette nouvelle division fixe le nouveau régime financier applicable aux activités de soins de suite et de réadaptation.

- *La mise en place d’un objectif de dépenses en SSR*

L’article L. 162-23 fixe un objectif annuel des dépenses d’assurance maladie afférent aux activités de SSR sur le modèle de l’objectif de dépenses MCO (ODMCO). Le I détermine les principes de sa fixation :

– il couvre l’ensemble des établissements de santé mentionnés à l’article L. 162-22-6, publics comme privés ;

– il est constitué du montant annuel des charges couvertes par les régimes obligatoires d’assurance maladie relatives aux soins de SSR ;

– il est fixé par décret.

Comme pour la MCO, il constitue un sous-objectif de l'ONDAM dont le montant sera fixé en fonction de celui-ci. Il tiendra compte des conséquences financières des conversions d'activités imputables à l'objectif de l'année.

À la différence de l'ODMCO, l'objectif de dépenses SSR devra distinguer deux enveloppes : une enveloppe couvrant le financement des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus de la tarification SSR (article L. 162-23-6) et une enveloppe consacrée à la dotation nationale de financement des activités d'intérêt général, plus communément appelée dotation MIGAC, dans les conditions définies à l'article L. 162-23-8 (*cf. infra*).

Le II prévoit la publication d'un décret en Conseil d'État afin de préciser les modalités de détermination de l'objectif. Le texte d'application devra ainsi spécifier « *les éléments pris en compte pour la détermination* » de cet objectif, ainsi que les « *modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 6° de l'article L. 162-23-4 compatibles avec le respect de l'objectif* ».

S'agissant des « *éléments pris en compte* », la formulation est identique à celle retenue pour les mesures d'application de l'ODMCO. Selon les informations transmises au rapporteur, le décret en conseil d'État devrait prévoir la prise en compte de plusieurs paramètres. Il s'agit :

- de l'état provisoire et l'évolution des charges d'assurance maladie au titre des soins dispensés l'année précédente ;
- de l'évaluation des charges des établissements ;
- de l'évaluation des gains de productivité réalisés et envisageables dans le secteur ;
- et des changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ou services ou activités des établissements concernés.

Il a également été précisé que la prévision du volume de l'objectif sera aussi ajustée en fonction d'éléments conjoncturels tels que la variation du nombre de jours ouvrés entre les exercices, les différents changements de périmètre ou de modalité de financement pouvant entraîner mécaniquement une hausse de volume. Elle tiendra compte également des conséquences des changements de la classification des séjours et du vieillissement de la population sur l'activité hospitalière.

S'agissant des « *éléments mentionnés au 1° à 6° de l'article L. 162-23-4* », il s'agit :

- du niveau des fractions de financement de l'activité de SSR (*cf. art. L. 162-23-3* : dotation forfaitaire et tarification liée à l'activité). Les niveaux des

fractions correspondent au pourcentage affecté à chaque part de la dotation modulée à l'activité (part socle et part fixe) ;

- des tarifs fixés au titre de l'activité de SSR ;
- du coefficient de compensation pour les établissements placés dans une situation géographique spécifique ;
- du coefficient prudentiel déterminant les mises en réserve pour assurer le respect de l'ONDAM (*cf.* art. L. 162-23-5) ;
- du coefficient minorant le remboursement des médicaments inscrits sur la liste en sus (*cf.* art. L. 162-23-6) ;
- et du montant affecté au financement des prestations liées à l'utilisation des plateaux techniques spécialisées pour certains établissements (*cf.* art. L. 162-23-7).

Détermination de l'objectif de dépenses MCO

Pour la détermination de l'ODMCO, les articles L. 162-22-9 et L. 162-22-10 disposent qu'il convient de prendre en compte des tarifs fixés au titre de l'activité de MCO, des financements forfaitaires pour les établissements mobilisant des moyens importants, des coefficients pour les établissements placés dans une situation géographique spécifique et du coefficient prudentiel.

Ce même décret en Conseil d'État devra tenir compte des prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours. Elles sont mesurées notamment à partir des transmissions de données, prévues par les articles L. 6113-7 et L. 6113-8, effectuées par les établissements dans le cadre du PMSI⁽¹⁾. Ce même objectif devra enfin tenir compte des tarifs déterminés pour l'activité SSR des établissements dont la construction devra tenir compte « *en tout ou partie* » des coûts moyens observés à partir de l'étude nationale des coûts (*cf.* commentaire de l'article 51)⁽²⁾.

● *Création des prestations*

À l'image de l'article L. 162-22-6 pour les activités de MCO, l'article L. 162-23-1 détermine les modalités de prises en charge des prestations relevant du champ SSR par l'assurance maladie. Un décret pris en conseil d'État, pris après avis des organisations les plus représentatives des établissements, devra prévoir :

- les catégories de prestations sur la base desquelles le pouvoir réglementaire arrête la classification des prestations prises en charge par

(1) *Programme de médicalisation des systèmes d'information.*

(2) *L'étude nationale des coûts permettra de déterminer une échelle de tarifs des prestations à partir des coûts observés dans les établissements de santé. Les structures de coûts observés étant distinctes selon le secteur public ou privé, il existe deux échelles permettant de définir les tarifs applicables à l'un ou l'autre des secteurs.*

l'assurance maladie obligatoire. Dans le cadre de la MCO, il s'agit par exemple des forfaits de séjour et de soins dénommés « *groupes homogènes de séjours* » (GHS) ou des forfaits relatifs à l'accueil et au traitement des urgences (ATU). Dans le cas particulier du SSR, il s'agira des groupes médico-économiques (GME) étant entendu que d'autres prestations pourraient à l'avenir être identifiées ;

– les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, non pris en charges par l'assurance maladie obligatoire. Ce sont les prestations visées à l'article R. 162-32-2 : il s'agit par exemple de l'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, de l'hébergement, ainsi que les repas et les boissons des personnes qui accompagnent la personne hospitalisée, de la mise à disposition de la télévision et du téléphone. Il a été indiqué à la rapporteure que ces dispositions sont déjà applicables à l'ensemble des champs d'activités. Cette insertion est ainsi purement reconnitive ;

– les modalités de facturation des prestations remboursées par l'assurance maladie. Sont ici visées les conditions de facturation de chacune des prestations (condition de cumul des prestations entre elles, taux de prise en charge ...).

- *Financement des activités de SSR*

L'article L. 162-23-2 précise la structure du financement des activités de SSR. Les ressources des établissements de santé seront constituées :

– des recettes issues de l'activité de soins dans les conditions précisées par l'article L. 162-23-3 : il s'agit de la dotation modulée à l'activité constituée d'une part fixe (dotation forfaitaire) et d'une part variable (montant forfaitaire) ;

– des financements complémentaires : remboursement des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus prévue par l'article L. 162-23-6, remboursement des frais liés à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés définis à l'article L. 162-23-7, dotation MIGAC dont le champ est précisé par l'article L. 162-23-8 et dotation complémentaire versée au titre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins instituée par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 ⁽¹⁾ qui est étendue au champ SSR (cf. 10°).

- *Base de la dotation modulée à l'activité*

L'article L. 162-23-3 précise la détermination des recettes pour les établissements caractérisés par une activité de SSR. Elle est composée de deux parts distinctes qui constituent la dotation modulée à l'activité.

Elle est tout d'abord constituée d'une dotation forfaitaire principalement calculée sur la base de l'activité antérieure. Cette activité pourra être évaluée à

(1) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

partir des remontés d'information effectuée par l'ATIH dans le cadre du PMSI. Elle sera valorisée par « *une fraction des tarifs nationaux de prestations* »⁽¹⁾ et par le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie au titre de l'activité SSR. Enfin, la dotation sera corrigée du coefficient géographique (cf. article L. 162-23-4) et du coefficient prudentiel fixé pour assurer le respect du niveau de l'ONDAM (cf. article L. 162-23-5).

Elle est ensuite complétée d'un financement au séjour assis sur « *une autre fraction des tarifs nationaux de prestation* » affecté du coefficient géographique et du coefficient prudentiel précités.

Les tarifs nationaux constitueront donc la référence objective pour valoriser tant la dotation fondée sur l'activité antérieure que la part au séjour de l'année en cours. La construction de ces tarifs procède d'un mécanisme assimilable à celui existant dans le champ MCO. Le principe retenu pour le financement de l'activité SSR est le même. Les tarifs seront constitués à partir d'une classification qui décrit des groupements médico-économiques (GME). Cette classification encore en devenir permettra de déterminer une échelle de tarifs distincte selon qu'il s'agit du secteur public ou du secteur privé.

Ce financement mixte concernera tous les établissements de santé. Le chemin à parcourir sera toutefois adapté au secteur concerné. Selon les informations transmises à la rapporteure, la cible envisagée consiste à ce que la dotation constitue la majorité des recettes des établissements. Cette dotation serait ainsi calculée en prenant comme référence l'activité de l'année antérieure valorisée à hauteur de 80% des tarifs nationaux. La part liée aux séjours constituerait, quant à elle, en la facturation de séjours valorisés à hauteur de 20 %.

Le secteur privé lucratif dont le financement est aujourd'hui intégralement lié à l'activité aura une marche importante à réaliser. La période transitoire sera ainsi plus progressive que pour les secteurs public et privé non lucratif dont le financement est intégralement couvert par une dotation forfaitaire.

L'année 2016 est mise à profit pour affiner la classification des GME afin de produire une première échelle tarifaire permettant ainsi de mettre en œuvre le modèle de dotation modulée à l'activité dès 2017.

- *Fixation des éléments constitutifs du financement des activités SSR*

L'article L. 162-23-4 prévoit la fixation annuelle par la voie réglementaire des éléments constitutifs du financement des activités SSR.

(1) La valorisation de l'activité correspond aux modalités de calcul du financement afférent à l'activité réalisée. La valorisation est effectuée par l'ATIH, et permet de déterminer les recettes allouées à chaque établissement en fonction de l'activité de SSR qu'il réalise.

Au 1^{er} mars de chaque année, prendront effet les trois premiers paramètres :

– le niveau des fractions de la dotation forfaitaire et du montant forfaitaire lié à l'activité (cf. art. L. 162-23-3). Comme indiqué auparavant, le niveau des fractions sera progressivement modifié pour tenir compte des taux cibles (80/20) ;

– les tarifs nationaux fixés pour les prestations d'hospitalisation de l'activité SSR pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Ces tarifs découlent notamment de la classification GME, des échelles de coûts associés et tiennent compte du niveau de l'objectif de dépenses du secteur SSR. Ils sont par ailleurs distincts selon l'appartenance au secteur public ou au secteur privé lucratif. Ces tarifs nationaux servent enfin de base à la détermination du ticket modérateur acquitté par chaque patient hospitalisé (la « participation de l'assuré ») : cette situation tranche avec la situation actuelle marquée par de trop grandes différences entre établissements et entre régions.

– les coefficients géographiques affectant les tarifs nationaux et le forfait liés aux plateaux spécialisés. Certains établissements sont en effet situés dans des zones géographiques difficilement accessibles ou relativement isolés. Leur activité ne leur permet pas d'amortir les coûts d'hospitalisation dans les mêmes proportions qu'un établissement dont l'accessibilité favorise un plus fort taux de fréquentation. Le coefficient géographique tient compte de ce différentiel et rétablit une certaine équité. Trois critères sont ainsi fixés : le caractère manifeste, permanent et substantiel des paramètres retenus.

Les coefficients géographiques

Les coefficients géographiques viennent compenser « *des facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans une zone géographique considérée* ».

En dehors de l'exception francilienne, justifiée par un niveau de salaire brut horaire des établissements publics de la ville de Paris supérieur de près de 9 points à la moyenne nationale, seuls des départements insulaires et qui présentent, de ce fait, des surcoûts sans commune mesure avec ceux du territoire métropolitain (médicaments, assurances, transports...) justifient l'application d'un coefficient géographique.

Seul le champ MCO est aujourd'hui bénéficiaire d'un tel coefficient.

Pour information la valeur des coefficients géographiques appliqués aux tarifs relevant du champ MCO pour la campagne tarifaire 2015 était la suivante :

– 7 % pour l'Île de France (Paris, Seine Saint Denis, Hauts de Seine, Val de Marne, Val d'Oise, Yvelines, Essonne) ;

– 8 % pour la Corse ;

– 26 % pour la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane ;

– 31 % pour la Réunion.

Dans le cadre des activités SSR, il n'existe pas de coefficient prudentiel à proprement parler mais le calcul de la dotation annuelle de financement et les tarifs nationaux prennent en

compte les facteurs spécifiques d'implantation des établissements de santé dans certaines zones.

Source : ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Au 1^{er} janvier de chaque année, prendront effet les trois derniers autres paramètres :

– le coefficient prudentiel minorant les tarifs nationaux de prestations permettant de déterminer la dotation forfaitaire et le montant forfaitaire lié à l'activité. Ce coefficient est déterminé pour assurer le respect de l'ONDAM. Il s'agit de prévoir en début d'année les montants nécessaires à la mise en réserve (cf. article L. 162-23-5) ;

– le coefficient prudentiel déterminé pour assurer le respect de l'enveloppe consacrée au financement des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus de la tarification (cf. article L. 162-23-6) ;

– le montant des forfaits annuels liés à l'utilisation des plateaux techniques non pris en compte dans la fixation des tarifs nationaux de prestation (cf. article L. 162-23-7).

- *Mesure prudentielle*

L'article L. 162-23-5 prévoit la fixation d'un coefficient prudentiel permettant des mises en réserve de crédits destinés à assurer le respect de l'ONDAM. Cette disposition est calquée sur la rédaction de l'article L. 162-22-9 applicable au champ MCO.

L'application d'une mesure prudentielle ne constituera pas une nouveauté dans le champ SSR. En effet, ce secteur est aujourd'hui concerné par la mise en place d'une dotation prudentielle applicable aux dotations annuelles de financement de l'activité SSR. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 ⁽¹⁾, une dotation prudentielle est également appliquée à l'objectif de dépenses des établissements du secteur privé qui en relèvent (champ OQN).

À ce jour, les mesures prudentielles inscrites dans le code de la sécurité sociale sont les suivantes :

– sur le champ MCO, le coefficient est fixé en 2015 à 0,35 % des tarifs ;

– sur le champ OQN, la valeur de cette dotation a été fixée en 2015 à 6,52 millions d'euros pour les activités de SSR.

Des mises en réserve prudentielles sont également constituées sur les autres enveloppes de l'ONDAM établissements de santé (FMESPP et MIGAC).

(1) Il s'agit de l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Le I de l'article L. 162-23-5 dispose que le montant des tarifs nationaux de prestations relevant du champ SSR est minoré par l'application d'un coefficient prudentiel. L'application de ce coefficient affecte à due proportion les parts fixes et variables de la dotation modulée à l'activité dont les assiettes reposent sur une fraction des tarifs nationaux de prestations.

La valeur du coefficient peut être différenciée selon les catégories d'établissements. Au même titre que pour le champ MCO, cette rédaction donne la possibilité d'avoir des coefficients distincts selon le secteur d'activité afin de prendre en compte des dynamiques propres à chaque secteur. Vérification faite auprès des services du ministère de la santé, cette possibilité n'a jamais été utilisée s'agissant du champ MCO.

Le II de l'article L. 162-23-5 prévoit le versement de tout ou partie du montant mis en réserve en fonction de l'avis émis par le comité d'alerte mentionné à l'article L. 114-4-1.

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale, il rend trois avis publics en avril, juin et octobre qui incluent des considérations sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours.

En fonction de l'avis, l'État peut décider de verser ou non aux établissements concernés tout ou partie de la dotation en réserve.

Cet article fera l'objet de mesures d'applications prévues par la disposition « balai » de l'article L. 162-23-11. Il devrait prévoir comme le décret du 28 février 2013 s'appliquant au secteur MCO ⁽¹⁾:

- les modalités de fixation du coefficient ;
- les possibilités de différenciation entre secteur ex-DAF et ex-OQN ;
- les modalités de reversement en fin d'année.

En conséquence, le décret du 26 février 2015 relatif à la dotation prudentielle OQN ⁽²⁾ sera modifié pour ne s'appliquer qu'aux seules activités de psychiatrie.

(1) Décret n° 2013-179 du 28 février 2013 portant application de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Décret n° 2015-224 du 26 février 2015 relatif à la réserve prudentielle prévue à l'article L. 162-22-2-1 du code de la sécurité sociale.

- *Liste en sus des prestations d'hospitalisation du champ SSR*

L'article L. 162-23-6 met en place une liste limitative de spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie obligatoire en sus des catégories d'hospitalisation définies pour le champ SSR. Ces spécialités sont trop onéreuses pour que leur coût soit intégré dans les tarifs nationaux de prestation qui servent de base à l'application du ticket modérateur. Le financement dérogatoire garantit l'accès de tous les patients aux innovations thérapeutiques et à certains soins dont le coût est prohibitif.

La rédaction de cet article est pour partie similaire à celle de l'article L. 162-22-7 relatif à la liste en sus des tarifs GHS applicables au champ MCO.

Le I prévoit que, sur l'initiative du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou par arrêté conjoint des ministres de la santé et de la sécurité sociale, une liste de spécialités pharmaceutiques dûment autorisées peut être constituée. Une prise en charge est ainsi effectuée par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation. La liste doit toutefois préciser les indications thérapeutiques ouvrant droit à cette prise en charge dérogatoire.

Selon les informations transmises à la rapporteure, en 2016, le montant de dépenses relatif aux molécules en SSR est estimé à environ 50 millions d'euros. Le montant afférent à la liste en sus pour 2017 devrait en être proche.

Le II prévoit les modalités de remboursement des établissements de santé. Rappelons que le dispositif relatif au champ MCO prévoit un remboursement intégral sous réserve de l'adhésion au contrat de bon usage du médicament.

Dans le cadre des SSR, les modalités sont différentes. Si la présentation des factures constitue un préalable au remboursement par l'assurance maladie, ce dernier doit s'effectuer dans le respect d'une enveloppe soumise à un mécanisme de régulation. En effet, il est minoré par l'application d'un coefficient déterminé annuellement par voie d'arrêté pour respecter le niveau de l'enveloppe. En cas de respect de l'enveloppe annuelle, les montants mis en réserve au titre de l'application de ce coefficient pourront être reversés aux établissements en début d'année suivante.

- *Plateaux techniques spécialisés*

L'article L. 162-23-7 prévoit la compensation des frais liés à l'utilisation des « *plateaux techniques spécialisés* » propre au domaine de la réadaptation-rééducation.

Les charges et liées à l'utilisation des plateaux techniques se révèlent trop importantes pour faire l'objet d'une valorisation au sein des tarifs nationaux des prestations. Cet article prévoit la compensation de tout ou partie de la mobilisation de ces moyens par un forfait annuel dont il est rappelé qu'il est fixé par voie d'arrêté (*cf.* art. L. 162-23-4).

Il a été indiqué à la rapporteure que les charges induites par l'exploitation de plateaux techniques spécialisés rares sont aujourd'hui mal retracées par les outils de description de l'activité telle que la classification des séjours. Son amélioration progressive permettra de prendre en compte une part de plus en plus importante de ces charges au sein de la dotation modulée à l'activité. À terme, le financement des plateaux techniques devra dépendre de la dotation modulée à l'activité. Enfin les plateaux techniques spécialisés financés à travers cette enveloppe devront par ailleurs attester d'un niveau minimal d'activité.

La liste des plateaux fera l'objet d'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette liste comprendrait notamment les appareils d'isocinétisme, l'assistance robotisée des membres inférieurs, l'assistance robotisée des membres supérieurs, les laboratoires d'analyse de la marche et du mouvement, les piscines et balnéothérapies ou encore les simulateurs de conduite automatique.

Cet article fera l'objet de mesures d'applications prévues par la disposition « balai » de l'article L. 162-23-11. Seraient ainsi fixés les critères d'inscription, de non inscription et de radiation des produits.

- *La dotation MIGAC*

L'article L. 162-23-8 présente la liste des financements adossés aux dotations MIGAC pour certains établissements de santé. Identifiée au sein de l'objectif de dépenses SSR (cf. 2° de l'article L. 162-23), le I dispose que cette dotation est destinée aux établissements du secteur public ou du secteur privé non lucratif. Sont également éligibles les établissements du secteur privé lucratif ayant signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Sur le modèle de la dotation MIGAC adossée au champ MCO (article L 162-22-13), cette dotation applicable au champ SSR a vocation à couvrir des engagements relevant d'obligations légales et réglementaires (IG pour intérêt général) et d'obligations contractuelles (AC pour aide à la contractualisation). Ces engagements couvrent trois champs : les missions dont la liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les soins dispensés à certaines populations spécifiques ainsi que les engagements inscrits au CPOM signé entre les ARS et les établissements.

Si la liste des missions fait l'objet d'un arrêté, l'article fixe les grandes orientations. Relèvent ainsi de l'intérêt général, les missions suivantes :

- les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique ;

- la mise en place des orientations du schéma régional d'organisation des soins ;

– l’amélioration de la qualité des soins. Il est ainsi possible de financer certaines actions spécifiques, telles que les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie mais aussi divers projets de recherche dont la finalité est l’amélioration de la qualité des soins. Cette disposition doit être distinguée de la dotation destinée à financer les mesures d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prévue par l’article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (actuel article L. 162-22-20 devenu l’article L. 162-23-15 nouveau au terme du présent article) ;

– la réponse aux priorités nationales ou locales en matière d’innovation médicale en matière de politique sanitaire ;

– la réponse aux priorités nationales ou locales en matière d’innovation médicale en matière d’innovation médicale ou au rôle de recours dévolu à certains établissements. Cette catégorie renvoie à diverses missions dites d’enseignement, de recherche, de référence et d’expertise, dont l’éligibilité est basée sur des appels à projets nationaux.

Il est aussi prévu que cette dotation participe au financement des activités de soins dispensés à certaines populations spécifiques.

Enfin, le texte prévoit que les engagements des établissements au titre des missions d’intérêt général sont formalisés dans les CPOM.

Le dernier alinéa du I précise que les dotations MIGAC font l’objet d’une répartition régionale déterminée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale en fonction de la dotation nationale et après avis des organisations les plus représentatives des établissements publics et privés.

Le II prévoit les modalités de fixation du montant alloué chaque année aux établissements. Il est ainsi fixé par les agences régionales de santé en fonction des missions d’intérêt général, des activités de soins dispensés aux populations spécifiques et des engagements formalisés dans les CPOM. L’article L. 162-23-10 prévoit qu’il est versé à l’établissement par la caisse d’assurance maladie de la circonscription de l’établissement d’implantation pour le compte de l’ensemble des régimes.

Cette dernière disposition ne s’applique aux groupements de coopération sanitaires qui mettent en œuvre tout ou partie de leur MIGAC. Le dernier alinéa du I prévoit en effet que la dotation peut être directement versée par la caisse d’assurance maladie de la circonscription de l’établissement d’implantation pour le compte de l’ensemble des régimes.

Notons enfin que la rédaction de cet article, qui ne s’écarte pas du droit actuel, n’est pas cohérente avec les modifications apportées par le projet de loi de modernisation de notre système de santé en cours de navette. Il a toutefois été indiqué à la rapporteure que le dispositif serait « toiletté » *via* l’ordonnance d’application du projet de loi relatif à la santé.

- *Base de calcul des tarifs nationaux*

Comme pour la tarification applicable au champ MCO (article L. 162-2-11), l'article L. 162-23-9 précise que les tarifs nationaux relatifs au champ SSR dans les établissements de santé qui servent de base au calcul de la participation de l'assuré (ticket modérateur), déterminent également la base :

– de l'exercice des recours contre tiers, c'est-à-dire aux actions juridiques engagées au titre du recouvrement des prestations de soins et d'hébergement ;

– de la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie.

Ce principe est assorti d'une exception, celle de l'article 174-20 du code de la sécurité sociale. Cet article prévoit que ces dispositions ne s'appliquent pas aux prestations de soins et d'hébergement des patients étrangers non assurés sociaux en situation régulière sur le territoire français, pour lesquelles les établissements sont autorisés à fixer plus librement les tarifs. Cette possibilité est toutefois limitée aux soins qui ne relèvent pas d'une mission de service public et ne s'applique pas à certains patients pour ne pas porter atteinte au droit à l'accès aux soins (aide médicale d'État, soins urgents par exemple).

- *Modalités de versement du forfait plateaux techniques spécialisés et des dotations MIGAC*

L'article L. 162-23-10 prévoit enfin les modalités de versement du forfait plateaux techniques spécialisés et des dotations MIGAC. Les sommes sont versées aux établissements par la caisse d'assurance maladie de la circonscription de l'établissement d'implantation pour le compte de l'ensemble des régimes.

Enfin, l'article L. 162-23-11 prévoit que les modalités d'application de des articles L. 162-23 à L. 162-23-10 feront l'objet d'un décret en Conseil d'État.

C. DISPOSITIONS COMMUNES APPLICABLES AUX CHAMPS MCO ET SSR

Le 10^o insère une nouvelle sous-section 5 dénommée « *dispositions communes aux activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie et aux relatives aux activités de soins de suite et de réadaptation* » comprenant les nouveaux articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15.

Les articles L. 162-23-12 à L. 162-23-15 sont en réalité les actuels L. 162-22-17 à L. 162-22-20 qui font l'objet d'une renumérotation et partant, d'un déplacement au sein du code.

L'article L. 162-23-12 nouveau (ex-article L. 162-22-17) dispose qu'un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les modalités de contrôle,

par les agences régionales de santé, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements.

L'article L. 162-23-13 nouveau (ex-article L. 162-22-18) prévoit un mécanisme de sanction financière applicable aux établissements en cas de manquement aux règles de facturation, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. Cette sanction est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place, après avis d'une commission de contrôle composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical. Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues et du caractère réitéré des manquements.

Ce régime concerne actuellement la facturation applicable au champ MCO. En visant désormais l'article L. 162-23-1 qui fonde les tarifs de prestations relevant du champ SSR, le **a) du 10°** étend logiquement la sanction du manquement aux règles de facturation relevant du champ SSR.

L'article L. 162-23-14 nouveau (ex-article L. 162-22-19) prévoit la remise annuelle, avant la mi-septembre, d'un rapport au Parlement 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 et les dotations MIGAC relevant du champ MCO. Au terme du **b) du 10°**, le rapport portera également sur les dotations MIGAC relevant du champ SSR.

L'article L. 162-23-15 nouveau reprend les dispositions de l'article L. 162-22-20 institué par l'article 51 de la loi de financement pour 2015 et dont l'entrée en vigueur a été différée au 1^{er} janvier 2016. Le dispositif voté consiste en l'instauration d'une dotation complémentaire, pour les établissements de santé exerçant les activités relevant du champ MCO dont l'objet vise à améliorer la qualité et de la sécurité des soins. Cette dotation est versée en fonction de critères d'appréciation et d'indicateurs déterminés par la voie réglementaire. Le **c) du 10°** étend l'application du dispositif aux activités de soins relevant du champ SSR.

D. AUTRES MESURES DE COORDINATION

Les **11° à 16° du I** prévoient diverses mesures de coordination au sein du code de la sécurité sociale. Le II modifie, quant à lui, le code de la santé publique.

1. Les mesures de coordination relatives au code de la sécurité sociale

- *déplacement d'une sous-section*

Le **11°** dispose que la sous-section 3 intitulée « *dispositions diverses* » est renommée sous-section 6 et logiquement déplacée à la fin de la section 5. Le texte

comporte une erreur de référence : la division « dispositions diverses » constitue la sous-section 4 de la section 5 du chapitre II du titre VI du Livre premier.

- *régime des actes et consultations externes (tiers payant et facturation en sus)*

Le **12°** modifie l'article L. 162-26, relevant de la nouvelle sous-section 6. Cet article détermine le régime de prise en charge des consultations et actes externes par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le premier alinéa de l'article L. 162-26 dispose que la prise en charge s'effectue dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 (inscription préalable à la classification commune des actes médicaux) et L. 162-14-1 (tarifs conventionnés) du code de la sécurité sociale et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles.

Le **a) du 12°** prévoit la prise en charge par l'assurance maladie des frais d'hospitalisation dont l'assuré est dispensé au titre de l'article L. 162-21-1. Cet article dispense l'assuré social de l'avance des frais d'hospitalisation dans tous les établissements de santé à l'exception des établissements privés lucratif n'ayant pas signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Il prévoit l'application du dispositif du tiers payant aux actes et consultations externes. Cet ajout permet de tirer toutes les conséquences de la généralisation du tiers payant prévue par le projet de loi de modernisation de notre système de santé en cours de navette.

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-26, dans sa rédaction actuelle, dispose que pour les activités SSR et de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes externes est incluse dans la dotation annuelle de financement. Les activités SSR n'étant plus financées par la dotation, cette précision est aujourd'hui inutile. Tel est l'objet du **b) du 12°**. Les établissements qui recevaient une dotation annuelle de financement pourront en effet facturer en sus les actes et consultations externes qui étaient auparavant fondus dans leur dotation. Il pourrait s'ensuivre un développement de leur activité externe.

- *Médicaments en « prescription et administration hospitalières »*

Le **13°** modifie l'article L. 162-27 relatif à certains médicaments prescrits et administrés à l'hôpital.

Le premier alinéa de cet article prévoit que les spécialités pharmaceutiques classées par leur autorisation de mise sur leur marché en « *prescription et administration hospitalières* » peuvent être fournies par la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé en vue de leur administration à un patient non hospitalisé. Ces médicaments doivent donc être administrés dans un environnement hospitalier.

Le régime juridique des médicaments à prescription hospitalière est fixé par les articles R. 5121-84 à R. 5121-86 du code de la santé publique. L'article R. 5121-84 dispose que « *le classement dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière ne peut intervenir que si les restrictions apportées à la prescription du médicament sont justifiées par la nécessité d'effectuer dans des établissements disposant de moyens adaptés le diagnostic et le suivi des maladies pour le traitement desquelles le médicament est habituellement utilisé ou par ses caractéristiques pharmacologiques, son degré d'innovation, ou un autre motif de santé publique* ».

Ces médicaments, réservés à l'usage hospitalier, ne peuvent être fournis que par la pharmacie à usage intérieur de l'établissement. Mais il peut arriver qu'ils puissent être administrés au cours de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation, c'est-à-dire lors de consultations externes.

L'article L. 162-27 prévoit ainsi la prise en charge de cette catégorie de spécialités pharmaceutiques par des tarifs, en sus des prestations d'hospitalisation. Cette prise en charge résulte de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, qui avait pour objet de combler un vide juridique. En effet, avant 2009, ces médicaments n'étaient pris en charge ni au titre du financement des établissements de santé (financement par GHS ou par le biais de la liste en sus), ni au titre de l'enveloppe soins de ville en l'absence d'inscription sur la liste de rétrocession ⁽¹⁾.

La prise en charge sur la base du tarif de responsabilité. Deux situations sont possibles :

– si la spécialité pharmaceutique concernée figure également sur la liste en sus des prestations d'hospitalisation du champ MCO pour les patients hospitalisés, son tarif est celui fixé dans le cadre de cette liste ;

– si la spécialité n'est pas inscrite sur cette liste, son tarif doit être fixé selon des modalités qui en sont très proches.

Le 13° étend ces dispositions aux spécialités pharmaceutiques délivrées dans le cadre de l'activité SSR dans le cadre des consultations externes.

- *Modalités de prise en charge des prestations d'hospitalisations et médicaments inscrits sur la liste en sus des prestations*

Le 14° révisé le dispositif de l'article L. 174-2-1 qui fixe les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des prestations d'hospitalisation relevant du champ MCO, des médicaments et produits et prestations inscrits sur la liste en

(1) L'article L. 5126-4 du code de la santé publique autorise certes les pharmacies à usage intérieur à vendre, dans le respect de certaines conditions, des médicaments à des patients pris en charge dans le cadre ambulatoire. Il déroge au principe de la délivrance des médicaments des pharmacies à usage intérieur aux seuls patients hospitalisés

sus et des actes et consultations externes réalisés dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs. Il prévoit que le remboursement est effectué aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement.

Le 14° étend ces dispositions aux prestations d'hospitalisations et médicaments inscrits sur la liste en sus des prestations.

- *Régime des hôpitaux des armées*

Le 15° actualise le régime juridique applicable aux hôpitaux des armées fixé par l'article L. 174-15. En cohérence avec le 10°, le *a*) substitue tout d'abord à la référence de l'article L. 162-22-18 la référence L. 162-23-13. Pour mémoire, cet article détermine les sanctions financières applicables aux établissements pour lesquels un manquement aux règles de facturation du champ MCO est constaté. Le même *a*) étend aux hôpitaux des armées le dispositif relatif au versement de la dotation complémentaire visant à améliorer la qualité et de la sécurité des soins (article L. 162-23-15 nouveau).

Le *b*) étend aux hôpitaux des armées le champ d'application des nouvelles dispositions relatives à la tarification SSR.

Enfin, le *c*) prévoit que les dépenses des hôpitaux des armées au titre des activités SSR sont prises en compte dans l'objectif de dépenses SSR à l'instar des dispositions actuelles pour le champ MCO.

Le projet de loi vise à aligner le régime des hôpitaux des armées sur le régime du financement des établissements de santé, notamment en ce qui concerne les champs MCO et SSR. Il propose ainsi d'organiser différemment les dispositions relatives au financement des établissements de santé en isolant une division relative au champ MCO, une autre relative au champ SSR et enfin une troisième division incluant des articles applicables indifféremment aux deux champs précités. Dans un souci de clarté, il conviendrait d'organiser différemment la rédaction de l'article L. 174-15 pour l'ajuster aux distinctions opérées dans le code (champ MCO, champ SSR et dispositions communes).

- *Prise en charge par les organismes de sécurité sociale en outre-mer des médicaments inscrits sur la liste en sus des prestations*

Enfin, le 16° modifie l'article L. 753-4 qui fixe notamment le régime de prise en charge des médicaments remboursables par les organismes de sécurité sociale en outre-mer. Il l'étend aux spécialités pharmaceutiques de la liste en sus des prestations SSR.

2. Les mesures de coordination relatives au code de la santé publique

Le **II** apporte des modifications de coordination au sein de différents articles du code de la santé publique.

Son **1°** actualise le champ de l'article L. 6145-1 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Il est actuellement établi par les établissements de santé et tient compte des différents paramètres constituant le budget prévisionnel de l'établissement : tarifs relevant du champ MCO, des médicaments et produits et prestations en sus de la tarification MCO et des différentes enveloppes affectées aux dotations (MIGAC et DAF).

Le **a)** prévoit que l'EPRD devra tenir compte des tarifs nationaux de prestations établis pour le champ SSR.

Le **b)** dispose que l'EPRD devra tenir compte des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus relevant du champ SSR.

Le **c)** étend l'EPRD au forfait relatif aux plateaux techniques spécialisés et à la dotation complémentaire versée au titre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Le **d)** intègre au sein de l'EPRD le montant des dotations MIGAC prévues par l'article L. 162-23-8.

Enfin, le **e)** fait entrer dans l'EPRD la dotation modulée à l'activité relative au champ SSR.

Le **2°** remanie l'article L. 6145-4 qui autorise le directeur général de l'agence régionale de santé à demander aux établissements de modifier leur état des prévisions de recettes et de dépenses pour tenir compte :

– dans le cadre du champ MCO, des modifications des tarifs établis pour les prestations associées, du forfait couvrant la mobilisation de moyens importants et des coefficients géographiques pour tenir compte des facteurs spécifiques tenant à la zone d'implantation de certains établissements de santé ;

– de la modification de la dotation MIGAC relevant du champ MCO ;

– de la modification de la DAF couvrant les activités de SSR et de psychiatrie pour les établissements publics et privés non lucratifs.

Le **a)** insère dans le champ de l'article la prise en compte des modifications affectant les tarifs établis pour les prestations relevant du champ SSR.

Le **b)** prévoit également la prise en compte des modifications relatives à la dotation MIGAC relevant du champ SSR.

Le **c)** insère enfin un alinéa prévoyant de reconsidérer l'EPRD au regard des modifications applicables au champ SSR touchant notamment :

– le niveau des fractions de tarifs établis pour les prestations pris en compte pour l'établissement de la dotation forfaitaire et du montant forfaitaire couvrant les activités de SSR ;

– les coefficients géographiques liés aux facteurs spécifiques tenant à la zone d'implantation de certains établissements de santé ;

– le forfait couvrant les plateaux techniques spécialisés.

III. LES DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Le **III** prévoit une entrée en vigueur du dispositif à compter du 1^{er} janvier 2017 tout en fixant des étapes intermédiaires afin de parvenir au modèle de financement cible. Plusieurs dérogations sont ainsi prévues.

Le **A** prévoit de déroger au 1^o de l'article L. 162-23-4 durant une phase transitoire. Rappelons que cet article prévoit le niveau des fractions déterminant la part fixe et la part variable de la dotation modulée à l'activité. Celle-ci doit être fixée indifféremment du statut des établissements. Jusqu'au 1^{er} mars 2022, ce niveau de fraction pourra être différencié entre établissements publics et privés non lucratifs relevant de la dotation annuelle de financement d'une part, et les établissements issus du secteur privé relevant de l'objectif quantifié national d'autre part.

Le **B** dispose qu'à titre dérogatoire et ce, jusqu'au 1^{er} mars 2022, les prestations d'hospitalisations, calculés dans les conditions nouvellement définies aux articles L. 163-23-3 et L. 163-23-4, sont prises en charge par l'assurance maladie moyennant un coefficient de transition hors participation de l'assuré.

L'objet de cette disposition vise à lisser les effets revenus de la réforme pour chaque établissement par l'instauration du coefficient de transition fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé. Le passage immédiat au nouveau système de tarification entraînera une modification des recettes avec l'apparition d'établissements « sur dotés » (ceux pour lesquels l'application des nouvelles règles aboutit à un chiffre d'affaires inférieur) et de d'établissements « sous-dotés » (ceux pour lesquels la même opération aboutit à une hausse de chiffre d'affaires). Pour en limiter l'ampleur et lisser ainsi ses effets dans le temps, il est prévu une période de transition de 2017 à 2022 au cours de laquelle il sera fait application de ce coefficient de transition. En entrée de phase, la valeur du coefficient des établissements « sur dotés » sera supérieure à 1. Elle sera inférieure à 1 pour les établissements « sous-dotés ». Dans les deux cas, les coefficients devront converger pour atteindre, au 1^{er} mars 2022, la valeur de 1.

Pour ce faire, il est prévu un mécanisme de convergence, organisée selon un double niveau :

- au plan national, l'État fixe annuellement le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé ;

- au plan régional, l'État fixe les règles de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. En d'autres termes, les ARS peuvent moduler le taux de convergence entre les établissements dans le strict respect du taux moyen régional de convergence. Il peut être ainsi décidé d'accélérer le rythme en faisant converger plus rapidement les établissements qui ont un coefficient supérieur à 1 à condition que cette opération soit neutralisée par un taux de convergence adapté pour les établissements qui ont un coefficient inférieur à 1 : le rythme de convergence s'inscrit en effet dans le cadre du respect du taux moyen régional qui s'impose aux ARS.

Ce mécanisme permettra de lisser sur 5 années les effets revenus, positifs comme négatifs, qu'implique le nouveau modèle de tarification.

Un décret en conseil d'État devra fixer les modalités d'application de cet article.

Le C instaure jusqu'en 2020 un dispositif transitoire de prise en charge des prestations d'hospitalisation, actes et consultations externes et spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus pour les établissements de santé publics et privés non lucratifs. Le dispositif cible prévoit une facturation individuelle et directe des établissements publics et privés non lucratifs relevant des *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de leurs circonscriptions.

Au cours de la période dérogatoire, chacun de ces établissements devra remettre à l'ARS dont ils relèvent les données d'activité, y compris celles relatives aux consultations externes ainsi que les données de consommation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus. Une copie est également transmise à la CPAM dont l'établissement relève.

Il revient ensuite à l'ARS de valoriser, pour la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire les données transmises par l'établissement :

- pour les prestations d'hospitalisation en appliquant les tarifs nationaux de prestations affectés du coefficient de transition ;

- pour les spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus.

Le montant calculé par l'ARS est arrêté, notifié à l'hôpital concerné ainsi qu'à la caisse de circonscription.

Pour s'assurer de la fiabilité des données transmises, l'ARS peut déduire les sommes indûment versées par l'assurance maladie obligatoire du montant des

périodes suivantes. Cette possibilité n'est offerte qu'après que l'établissement a été en mesure de présenter ses observations à l'ARS.

Enfin, le dernier alinéa précise la durée de la phase dérogatoire. Il en fixe le terme au 1^{er} mars 2020 tout en prévoyant des calendriers distincts :

– selon la catégorie de l'établissement ;

– et selon les actes et prestations concernées : actes et consultations externes d'une part, prestations d'hospitalisation et liste en sus d'autre part.

Le **IV** prévoit la mise en place d'une partie du modèle de financement en 2016. Il dispose qu'une part des objectifs fixés pour les établissements publics et privés est affectée par la voie réglementaire à la constitution d'une dotation dont le montant n'est pas connu à ce jour.

Cette dotation sera consacrée au financement des missions d'intérêt général des établissements concernés (à l'exception des établissements privés lucratifs n'ayant pas signé de CPOM) dans le cadre de leur activité SSR. Pour ce faire, les engagements doivent être par ailleurs mentionnés au CPOM.

La liste des missions concernées ainsi que les montants des dotations régionales sont fixés par voie d'arrêté interministériel. Les dotations ne peuvent être cependant arrêtées qu'après recueil de l'avis des organisations représentatives des établissements.

Le montant de la dotation est fixé par l'ARS pour chaque établissement en fonction des missions d'intérêt général, des soins apportés aux populations spécifiques et du CPOM.

Ces dotations sont versées par les caisses primaires d'assurance maladie des établissements concernés.

Le **V** prévoit enfin, pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 28 février 2017, la fixation d'une enveloppe relative à la liste en sus identifiée au sein de la DAF allouée au titre des activités de soins de suite et de réadaptation. Pour 2016, le montant affecté serait de l'ordre de 50 millions d'euros.

*

La Commission examine l'amendement AS322 de M. Francis Vercamer.

M. Arnaud Richard. L'article 49 procède à une réforme du financement de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) qui est ambitieuse, mais floue et non sans zones d'ombre.

En effet, le nouveau modèle de financement reposera sur des fractions de tarifs nouveaux qui ne sont pas encore définis, pondérés par un coefficient prudentiel dont la valeur est encore inconnue, ainsi que sur le remboursement de

spécialités pharmaceutiques en sus de prestations d'hospitalisation, également pondéré par un coefficient à déterminer, et auquel il convient d'ajouter des remboursements complémentaires par forfaits et dotations. Que ceux qui ont compris lèvent le doigt !

En outre, ce modèle n'a fait l'objet d'aucune simulation ni étude d'impact financière, ce qui pose un problème de constitutionnalité, puisque toute nouvelle dépense doit normalement donner lieu à une telle étude d'impact.

Nous proposons donc d'expérimenter la réforme afin que la représentation nationale dispose d'une évaluation de ses conséquences avant qu'elle ne soit déployée sur tout le territoire.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Monsieur le député, je vous renvoie à la page 344 de l'étude d'impact.

M. Arnaud Richard. On n'y trouve aucun chiffre !

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Mais si : voyez le tableau !

Quoi qu'il en soit, rendre le dispositif expérimental reviendrait à reporter une réforme attendue depuis longtemps.

En tout état de cause, l'entrée en vigueur du dispositif est prévue pour 2017. L'année 2016 sera donc une année blanche qui sera mise à profit pour élaborer une simulation des « effets revenus » de la réforme : votre demande est donc satisfaite. Cette simulation permettra de calibrer la mise en œuvre de la nouvelle tarification et d'éviter ainsi une déstabilisation des structures.

Enfin, du point de vue légistique, votre amendement s'articule mal avec les dispositions transitoires qui prévoient une entrée en vigueur en 2017. On ne peut voter ainsi deux mesures contradictoires.

Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS49 de M. Dominique Tian, AS66 de M. Jean-Pierre Door et AS185 de M. Bernard Accoyer.

Mme Valérie Boyer. L'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation est constitué des charges supportées par l'assurance maladie au titre des frais d'hospitalisation.

La solidarité nationale prenant en charge les frais d'hospitalisation des patients admis en soins de suite et de réadaptation, le montant de l'objectif des dépenses d'assurance maladie doit être déterminé sur la base des seuls coûts générés par les établissements de santé pour l'exercice de leurs activités de soins.

L'amendement AS49 vise donc à indexer les charges supportées par l'assurance maladie sur celles supportées par les établissements de santé au titre des hospitalisations en soins de suite et de réadaptation.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS66 est défendu.

M. Bernard Accoyer. La réforme de la tarification des soins de suite et de réadaptation soulève un problème d'inéquité entre les secteurs public et privé, puisqu'il est prévu un socle et une forme de rémunération à l'activité. Une nouvelle fois, le Gouvernement renonce à réformer le secteur public. Cela aura évidemment un coût et de graves conséquences. D'où mon amendement AS185.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cette précision ne relève pas de la loi, mais du domaine réglementaire. Aux termes de l'article L. 162-23 du code de la sécurité sociale, les éléments pris en considération pour déterminer l'objectif de dépenses des activités de SSR seront précisés par décret en Conseil d'État. Je vous renvoie à cet effet à mon rapport.

Il est notamment précisé que les principes de construction sont calqués sur l'objectif de dépenses de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique). Le décret devrait prévoir la prise en considération de plusieurs paramètres, ce qui inclut l'évaluation des charges des établissements, comme c'est d'ailleurs déjà le cas dans le champ du MCO.

Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Elle aborde ensuite les amendements identiques AS67 de M. Jean-Pierre Door, AS167 de Mme Valérie Boyer et AS225 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Perrut. Dans un souci de transparence de l'affectation des financements de la sécurité sociale, il faut distinguer au sein de l'objectif des dépenses d'assurance maladie l'ensemble des compartiments qui le composent. Or le projet de loi n'en distingue que deux : celui relatif à la liste des spécialités pharmaceutiques et celui qui concerne la dotation nationale définie à l'article L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale.

L'identification des différents compartiments permettrait de mieux contrôler l'exécution de l'objectif des dépenses et garantirait aux établissements de santé une meilleure prévisibilité de l'affectation des financements aux divers compartiments.

Mme Valérie Boyer. Il importe que la loi distingue les compartiments, pour la visibilité et la clarté des dépenses d'assurance maladie.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS225 est défendu.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Avis défavorable.

La distinction, au sein de l'objectif de dépenses de SSR (ODSSR), des parts afférentes à la liste en sus ou aux dotations affectées au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) répond à une exigence particulière : la maîtrise des dépenses.

Le montant affecté à la dotation modulée à l'activité est déterminé sur la base de l'ODSSR, duquel seront défalquées les enveloppes de la liste en sus et de la dotation MIGAC. De fait, la part des recettes calculées sur l'activité peut être très facilement déduite. Votre demande est donc satisfaite.

J'aimerais souligner ici le caractère vertueux de la détermination de l'ODSSR : pour éviter de reporter les charges sur la dotation modulée à l'activité, on définit deux enveloppes distinctes. Je rappelle par exemple que la liste en sus du champ SSR a vocation à être financée sur une enveloppe qui fait l'objet d'un coefficient prudentiel pour éviter toute dérive.

Ce mécanisme n'existe pas dans le champ MCO, et on peut le regretter. Les derniers états des comptes sociaux justifient que l'on distingue une enveloppe spécifique au sein de l'ODSSR. En effet, le dynamisme particulier des dépenses relevant de la liste en sus du champ MCO résulte de l'absence de mécanisme de contrôle.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS129 de Mme Valérie Boyer, AS154 de M. Jean-Pierre Door, AS187 de M. Bernard Accoyer et AS318 de M. Francis Vercamer.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS129 se justifie par les mêmes raisons que mon précédent amendement. C'est une question d'équité.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette les amendements.

Elle aborde ensuite les amendements identiques AS69 de M. Jean-Pierre Door, AS130 de Mme Valérie Boyer et AS188 de M. Bernard Accoyer.

M. Jean-Pierre Door. L'étude nationale des coûts (ENC) présente des difficultés méthodologiques, notamment le manque de représentativité de certaines prises en charge et l'absence de distinction entre prises en charge spécialisées et polyvalentes. Le Gouvernement, conscient de ces lacunes, entend engager des travaux pour améliorer cette méthodologie. Cependant, leurs orientations ne garantissent pas que nous disposerons d'une méthode fiable pour la fin 2016.

Par conséquent, l'amendement AS69 tend à supprimer la référence inutile à l'étude nationale des coûts. Cette suppression n'interdirait pas de recourir à l'ENC en tant que de besoin, mais éviterait au législateur de renvoyer de manière

systématique à un outil d'analyse des coûts qui présente de nombreux biais méthodologiques, ce qui entraîne des risques inflationnistes difficiles à appréhender.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS130 est défendu.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS188 également.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Les arguments avancés me semblent spécieux : si l'ENC se heurte à des difficultés méthodologiques, c'est parce que de nombreux établissements, publics comme privés, refusent d'y participer. Le présent projet de loi remédie à ce problème, principalement par l'article 51, qui vise à rendre plus fiables les données issues de l'ENC en donnant à l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) les leviers nécessaires à la constitution d'un ensemble d'établissements représentatifs ; et, subsidiairement, en opérant un lien entre tarification et ENC pour le champ SSR. Comment, en effet, les établissements de santé se sentiraient-ils concernés par l'ENC si ce lien est supprimé ?

Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle aborde les amendements identiques AS71 de M. Jean-Pierre Door, AS131 de Mme Valérie Boyer et AS189 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Perrut. L'amendement AS71 tend à créer un coefficient de spécialité qui tiendra compte des différents niveaux de charge supportés par les établissements spécialisés prenant en charge les cas les plus lourds et devant disposer de moyens techniques adaptés.

En effet, les fractions de tarifs perçus par les établissements de santé ne tiennent pas compte de ces variations de coûts en fonction de la spécialisation des prises en charge. Ainsi, un patient souffrant d'une affection de l'appareil locomoteur pourra être hospitalisé dans un établissement de soins de suite et de réadaptation soit polyvalent, soit spécialisé dans cette affection. Or le mécanisme de tarification que prévoit le projet de loi n'implique aucune distinction tarifaire entre ces deux modalités, bien que les établissements spécialisés soient soumis à des contraintes techniques supplémentaires, donc plus coûteuses.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS131 est défendu.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS189 également.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. La création d'une dotation forfaitaire pour les plateaux techniques spécialisés satisfait ces amendements.

Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS72 de M. Jean-Pierre Door, AS132 de Mme Valérie Boyer et AS190 de M. Bernard Accoyer.

M. Denis Jacquat. L'amendement AS72 a pour objectif de supprimer la mesure prévoyant que la fixation des tarifs nationaux des prestations puisse être différente selon la catégorie d'établissements.

En effet, l'activité de SSR est régie par un cadre réglementaire commun à l'ensemble des catégories d'établissements, quel que soit le statut juridique dont il relève.

En outre, dans son rapport de 2012 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a mis en exergue la difficulté de distinguer les différentes catégories d'établissements en termes de lourdeur de prises en charge de patients.

Par ailleurs, aucune étude ou rapport officiel ne permet de mettre en évidence l'existence d'un possible différentiel de charge, objectivé en fonction des statuts juridiques des établissements de SSR.

De fait, une telle différenciation des tarifs de prestation par catégories d'établissements engendrera une inflation des dépenses à la charge de l'assurance maladie et sanctuarisera les variations de coût au lieu d'inciter les établissements de santé à améliorer l'efficacité de leurs prises en charge en SSR.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS132 est défendu.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS190, qui souligne l'inégalité qui existe entre les établissements en raison des dispositions de l'alinéa 45, propose de supprimer cette injustice.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Ce texte reprend une disposition analogue applicable aux activités de MCO. Au même titre que pour ces activités, cette rédaction donne la possibilité, et non l'obligation, d'avoir des tarifs distincts selon le secteur d'activité, afin de prendre en compte les dynamiques propres à chaque secteur. L'ENC que vous vouliez supprimer permettra d'objectiver davantage les écarts de coûts s'ils existent ou de remettre en question des idées reçues sur l'absence d'écarts. De fait, le dispositif répond à vos inquiétudes et à vos demandes. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS73 de M. Jean-Pierre Door, AS133 de Mme Valérie Boyer et AS191 de M. Bernard Accoyer.

M. Jean-Pierre Door. L'objectif des dépenses d'assurance maladie pour les SSR est commun à l'ensemble des établissements publics et privés. De

manière discriminatoire, certains établissements de santé devront consentir à des efforts plus importants que d'autres afin de respecter cet objectif, alors qu'ils sont soumis au même cadre réglementaire et qu'aucun rapport ne vient étayer l'existence d'un quelconque différentiel de charge, ainsi que la Cour des comptes l'avait mis en exergue en 2012.

Le présent amendement vise à supprimer la possibilité de différencier le coefficient prudentiel en fonction des catégories d'établissements, car elle constitue une rupture manifeste d'égalité entre les différentes catégories de structures, sans aucune forme de justification. C'est encore une différence que l'on instaure entre le secteur public et le secteur privé.

Mme Valérie Boyer. Mon amendement est identique, mais je voudrais souligner le caractère purement idéologique d'une telle disposition qui marque une distinction entre les établissements publics et les établissements privés. Dans tous les cas, il s'agit d'argent public. Par souci d'équité, il faudrait évoluer en la matière.

M. Bernard Accoyer. C'est une nouvelle discrimination de parti pris dont on sait qu'elle va stigmatiser l'hospitalisation privée qui, de surcroît, coûte moins cher que l'hospitalisation publique. Franchement, on se demande comment le Gouvernement entend pérenniser le système d'hospitalisation et, dans le cas présent, le système de SSR.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Ne voyez pas tout en noir : il ne s'agit que d'une possibilité. Vérification faite auprès des services du ministère de la santé, cette possibilité n'a jamais été utilisée s'agissant des activités de MCO, ce qui devrait vous rassurer. Vos craintes me semblent infondées. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle en vient aux amendements identiques AS75 de M. Jean-Pierre Door, AS134 de Mme Valérie Boyer, AS249 de M. Bernard Accoyer et AS317 de M. Francis Vercamer.

M. Jean-Pierre Barbier. Le projet de loi instaure une liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en sus des prestations d'hospitalisation, à l'instar de ce qui existe dans le secteur du court séjour pour les activités de MCO.

Les dépenses afférentes aux spécialités pharmaceutiques constituent un enjeu financier important dans le contexte actuel de réduction des déficits de la branche maladie du régime général de sécurité sociale, rendant nécessaire la mobilisation de l'ensemble des acteurs.

Le présent amendement vise à renforcer la visibilité des spécialités pharmaceutiques remboursables en sus des prestations d'hospitalisation, tant pour les établissements amenés à les prescrire que pour les organismes de sécurité sociale qui les remboursent.

Il propose que les organisations nationales les plus représentatives des établissements de SSR soient consultées sur la liste initiale des spécialités pharmaceutiques remboursables en sus des prestations d'hospitalisation, et que ladite liste, rendue opposable, soit régulièrement tenue à jour afin de garantir une efficience dans l'usage de ces spécialités pharmaceutiques en permettant l'ajustement en temps réel des prescriptions et des remboursements induits.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS134 est défendu.

M. Bernard Accoyer. De même que l'amendement AS249.

M. Arnaud Richard. Notre collègue a très bien défendu cet amendement qui prévoit de demander l'avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de SSR avant de dresser cette liste.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Il s'agit d'une disposition d'ordre réglementaire. Du reste, elle existe dans le champ des activités de MCO et a vocation à être étendue au champ des activités de SSR. Il ne paraît donc pas nécessaire d'alourdir le texte. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS162 de M. Jean-Pierre Door, AS165 de Mme Valérie Boyer, AS192 de M. Bernard Accoyer et AS316 de M. Francis Vercamer.

M. Jean-Pierre Barbier. Nous souhaitons compléter l'alinéa 53 par la phrase suivante : « Cette liste est tenue à jour des modifications d'autorisation de mise sur le marché et est opposable aux établissements de santé et aux organismes de sécurité sociale. »

Mme Valérie Boyer. Cet amendement de clarification tend à faire en sorte que tous les acteurs soient clairement associés à la gestion de cette fameuse liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en plus des prestations d'hospitalisation, comme ce qui prévaut dans le secteur du court séjour, c'est-à-dire pour les activités de MCO.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS192 est défendu.

M. Francis Vercamer. L'amendement AS316 l'est également.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Du fait même qu'il s'agit d'un arrêté, la liste est opposable. L'amendement est satisfait.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle en vient aux amendements identiques AS76 de M. Jean-Pierre Door, AS135 de Mme Valérie Boyer et AS193 de M. Bernard Accoyer.

M. Jean-Pierre Door. Nous souhaitons associer les organisations nationales les plus représentatives des établissements de SSR à l'élaboration de la liste prévue par l'article L. 162-23-7 nouveau, afin que tous les établissements de santé aient la même vision des critères à prendre en compte pour définir les plateaux techniques. Lorsque l'on aura défini les plateaux techniques spécialisés et élaboré cette liste limitative, il restera l'enjeu essentiel de la réforme du financement, puisqu'il faudra financer les charges non couvertes par les tarifs.

Mme Valérie Boyer. Cet amendement a en effet pour objet d'associer les organisations nationales représentatives des établissements à l'élaboration de la liste dont nous venons de parler. Il s'agit de faire en sorte que tous les établissements de santé aient les mêmes critères pour définir les plateaux techniques.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS193 est défendu.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Il s'agit d'une disposition d'ordre réglementaire qui n'a donc pas lieu de figurer dans la loi. Il me paraît toutefois évident que les fédérations hospitalières représentatives seront consultées pour l'élaboration de la liste et avant la promulgation du règlement.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS77 de M. Jean-Pierre Door, AS136 de Mme Valérie Boyer et AS194 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Perrut. Il s'agit de supprimer expressément la référence législative aux communautés hospitalières de territoire (CHT) que le projet de loi de modernisation du système de santé prévoit de supprimer. Il s'agit d'une mise en cohérence des dispositions législatives en discussion. Il est préférable de laisser au pouvoir réglementaire le soin de prévoir, en tant que de besoin, le financement des CHT.

Mme Valérie Boyer. Je voudrais insister sur la cohérence qu'il y a à supprimer ces références. Une telle suppression participerait à l'effort de simplification du texte que vous appeliez de vos vœux.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS194 est défendu.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Ce point ne m'a pas échappé. Je me suis assurée que le dispositif serait toiletté via l'ordonnance d'application du projet de loi de modernisation de notre système de santé. J'émetts cependant un avis défavorable pour être fidèle à ma demande au ministère.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle en vient aux amendements identiques AS78 de M. Jean-Pierre Door, AS137 de Mme Valérie Boyer et AS196 de M. Bernard Accoyer.

M. Jean-Pierre Door. Le présent amendement tend à supprimer la référence au financement des missions de recours dévolues à certains établissements, au titre des MIGAC. En effet, les établissements de santé autorisés à exercer l'activité de SSR peuvent assurer un rôle d'expertise ou de recours, conformément au code de la santé publique. Nous souhaitons maintenir le caractère général de la mission d'expertise et de recours des établissements de SSR, afin de ne pas rendre caduques les actions engagées sur la base de ce même article du code de la santé publique.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS137 est défendu.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS196, qui vise à supprimer la fin de l'alinéa 63, souligne les problèmes posés par les MIGAC dont la répartition et l'utilisation sont souvent surprenantes. Elles sont pratiquement réservées aux établissements d'hospitalisation publique, ce qui montre la défiance du Gouvernement à l'égard de l'hospitalisation privée.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Comme indiqué dans le commentaire de l'article, cette catégorie renvoie à diverses missions dites d'enseignement, de recherche, de référence et d'expertise, dont l'éligibilité est basée sur des appels à projets nationaux. Je vous renvoie à l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS79 de M. Jean-Pierre Door, AS138 de Mme Valérie Boyer et AS197 de M. Bernard Accoyer.

M. Denis Jacquat. La directive 2004/18/CE et la directive 2014/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014 sur la passation des marchés publics et abrogeant la directive 2004/18/CE prévoient que, en matière de service de santé, la sélection des opérateurs doit respecter les règles de transparence et d'égalité de traitement. Il serait donc incompréhensible que les missions d'intérêt général, faisant l'objet d'un financement au titre de la dotation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 162-23 nouveau du code de la sécurité sociale, échappent aux règles de mise en concurrence.

Cet amendement vise donc à rétablir les règles de transparence et d'égalité de traitement entre les établissements de santé, permettant de garantir l'efficacité des dépenses de l'assurance maladie.

Mme Valérie Boyer. Je voudrais insister sur l'intérêt d'appliquer les textes européens. Cet amendement propose de rétablir les règles de transparence et d'égalité de traitement entre les établissements de santé. Nous ne désespérons pas de parvenir à un résultat sur ce point. Il propose de la cohérence tout en garantissant l'efficacité des dépenses de l'assurance maladie grâce au respect des règles de mise en concurrence prévues pour les MIGAC qui font l'objet d'un financement au titre de la dotation prévue dans le nouveau code de la sécurité

sociale. Si nous pouvions atteindre cet objectif de simplification, de cohérence et d'égalité de traitement, nous pourrions aller nous coucher heureux.

M. Bernard Accoyer. Pour une enveloppe de 10 milliards d'euros, il peut paraître surprenant que la mise en concurrence soit ainsi écartée. On se demande où se trouve la logique de la maîtrise de la dépense et de l'équité entre les établissements.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. La délégation de toute dotation doit s'effectuer en respectant les règles de transparence et de stricte égalité entre établissements de santé, afin d'éviter toute discrimination non justifiée. Ces critères ne renvoient pas nécessairement à des appels publics à la concurrence, car il peut y avoir incompatibilité par nature avec certaines missions. À l'intention de Mme Boyer, je signale que le droit communautaire n'oblige pas les États membres à procéder à de tels appels dans le cadre de dotations s'apparentant à des aides d'État. La seule obligation est de pouvoir justifier de l'attribution des dotations et du respect du principe d'égalité de traitement. Pour ces raisons, j'émetts un avis défavorable à ces amendements.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS314 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cet amendement tend à renforcer le contrôle du Parlement sur la répartition financière et géographique de la dotation affectée aux financements des MIGAC, propres aux activités de soins de suite et de réadaptation.

En effet, l'article 49 prévoit que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des missions financées par cette nouvelle dotation modulée à l'activité, afin de garantir le contrôle de la répartition de cette dotation. Cet amendement prévoit que les ministres présentent chaque année au Parlement un rapport précisant la répartition financière et géographique de cette dotation.

Je rappelle que certaines directives prévoient que, en matière de services de santé, la sélection des opérateurs doit respecter les règles de transparence et d'égalité de traitement. Si nous voulons nous en assurer, nous devons être en mesure d'en prendre connaissance.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'amendement est satisfait par l'alinéa 76 qui prévoit la remise d'un rapport, avant le 15 septembre de chaque année, portant sur les dotations MIGAC des activités MCO et SSR. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS80 de M. Jean-Pierre Door, AS139 de Mme Valérie Boyer et AS198 de M. Bernard Accoyer.

M. Jean-Pierre Door. Il serait incompréhensible que les missions d'intérêt général échappent aux règles de mise en concurrence. Or le directeur général de l'ARS ne peut pas librement fixer le montant de la dotation annuelle de financement, sans référence aux critères préalablement établis dans le cadre d'un appel public à la concurrence. Cet amendement vise donc à rétablir les règles de transparence et d'égalité de traitement entre les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, permettant de garantir l'efficacité des dépenses de l'assurance maladie.

Mme Valérie Boyer. J'y insiste : nous souhaitons voir respecter les règles de concurrence, notamment celles qui sont prévues par les textes européens. L'amendement AS139 vise donc à rétablir les règles de transparence et d'égalité de traitement entre les établissements de santé. Il faut garantir l'efficacité des dépenses de l'assurance maladie.

M. Bernard Accoyer. Nous avons tout notre temps lorsqu'il s'agit de défendre la transparence et l'équité. C'est pour cette raison que je prends la parole, même s'il s'agit d'un amendement identique aux précédents.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Dans mon argumentaire concernant la précédente série d'amendements identiques, j'ai répondu à vos interrogations, notamment à celles de Mme Boyer sur la réglementation européenne. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS100 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. L'article 49 a pour objet de réformer dès 2017 le financement des SSR. Il présente l'avantage de porter une attention particulière à ces soins et de les mettre au cœur de la stratégie de santé en raison du vieillissement de la population et de l'explosion des maladies chroniques.

Le rapport met en évidence l'hétérogénéité des structures et des modes de financement des SSR, et la nécessité de revoir ces derniers. Cependant, plusieurs questions restent posées. Tout d'abord, il faudrait vérifier les différences de financement entre public et privé, car les établissements n'accueillent pas forcément le même type de patients. Ensuite, il faudrait mesurer les différences qui tiennent aux spécialités des établissements : certains d'entre eux accueillent des patients qui ont fait un accident vasculaire cérébral (AVC), d'autres des malades qui subissent une chimiothérapie, etc. Enfin, nous nous inquiétons du renforcement du rôle des ARS qui mérite d'être strictement encadré : elles décideront chaque année de la dotation attribuée aux établissements.

Il nous semble donc raisonnable d'avancer de manière structurée. Par le biais de cet amendement, nous proposons que la réforme soit mise en œuvre à titre expérimental pour une durée de deux ans avant d'être étendue à la totalité des établissements.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'année 2016 sera une année blanche, mise à profit pour élaborer une simulation des effets de la réforme. Au cours de la deuxième année d'application, la montée en charge sera très progressive. Cette manière de procéder montre la convergence de nos préoccupations. Ce n'est pas une expérimentation, car la réforme du financement des activités SSR est très attendue, mais nous serons en mesure de tirer les leçons des premières simulations. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine les amendements identiques AS81 de M. Jean-Pierre Door, AS140 de Mme Valérie Boyer, AS199 de M. Bernard Accoyer et AS313 de M. Francis Vercamer.

M. Bernard Perrut. Cet amendement a pour objectif de supprimer la mesure discriminatoire prévoyant qu'à titre transitoire les fractions de tarifs de prestation perçus par les établissements de SSR pourront être différenciées en fonction de leur catégorie. Nous proposons de supprimer l'alinéa 114 de l'article 49.

Mme Valérie Boyer. La distinction entre les fractions de tarifs de prestations perçues par les établissements de SSR est discriminatoire et injustifiée. Il s'agit d'un problème d'équité et d'efficacité comptable. L'adoption de ces amendements identiques nous permettrait d'entrer dans un cercle vertueux et de traiter équitablement les établissements, quel que soit leur statut.

M. Bernard Accoyer. Tout a été dit.

M. Francis Vercamer. L'amendement AS313 est défendu.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. La réforme de la tarification est progressive. C'est au bénéfice des cliniques privées qui ne peuvent pas passer facilement d'un mode de financement à un autre, qui plus est lorsque cela implique deux secteurs qui ne répondent pas aux mêmes règles de financement. Madame Boyer, supprimer cette disposition reviendrait à porter préjudice aux établissements privés que vous voulez soutenir. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle en vient aux amendements identiques AS82 de M. Jean-Pierre Door, AS141 de Mme Valérie Boyer et AS200 de M. Bernard Accoyer.

M. Jean-Pierre Door. Au plus tard le 1^{er} mars 2022, la réforme instaurée prévoit que seule une fraction de ces tarifs nationaux de prestations sera allouée à l'établissement. Pour y parvenir, un coefficient de transition est institué à compter du 1^{er} mars 2017 pour chaque établissement de santé. Or la valeur de ce coefficient est fixée par le seul directeur général de l'ARS. Le présent amendement propose que la décision du directeur général de l'ARS fixant le coefficient de transition des

établissements de santé soit motivée et publiée, compte tenu de l'impact de la valeur retenue pour ce coefficient de transition sur les recettes de l'établissement. Il paraît légitime que ce dernier soit destinataire des motifs qui ont présidé à sa détermination et que tout soit transparent.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS141 est défendu.

M. Bernard Accoyer. Comme l'amendement AS200.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Une fois encore, il s'agit d'une disposition d'ordre réglementaire. Le dispositif suit les mêmes règles que celui qui s'applique aux activités MCO. La fixation du coefficient fera bien l'objet d'un arrêté qui sera publié, comme vous le souhaitez, au recueil des actes administratifs. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle en vient aux amendements identiques AS34 de M. Dominique Tian et AS83 de M. Jean-Pierre Door.

Mme Valérie Boyer. À plusieurs reprises, l'IGAS a mis en lumière la complexité des différentes procédures d'inspection et de contrôle des établissements de santé et la perfectibilité du cadre légal et réglementaire.

Le projet de loi institue une action en répétition d'indu en cas d'anomalies constatées dans les données transmises par les établissements de santé assurant une activité de SSR.

L'amendement AS34 propose de renvoyer, pour l'application de ces dispositions, à la procédure décrite à l'article L. 133-4 du code de la Sécurité sociale qui préserve les droits garantis aux établissements concernés dans le recouvrement des sommes qui pourraient avoir été indûment versées.

Cette procédure de recouvrement impose une obligation de motivation spéciale aux organismes chargés du recouvrement, qui doivent préciser la cause, la nature et le montant des sommes réclamées, ainsi que la date du versement indu. Elle se justifie d'autant plus qu'elle est déjà mise en œuvre pour les factures relatives aux molécules onéreuses et à la tarification à l'activité en court séjour.

M. Bernard Perrut. L'amendement AS83 est défendu.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je vais faire une réponse plus ample que précédemment et qui vaut aussi pour la série d'amendements identiques à venir.

La phase transitoire vise à permettre la mise en place d'une facturation individuelle et directe des établissements publics et privés non lucratifs à la CPAM de leurs circonscriptions. Il ne s'agit ni plus ni moins que d'étendre la

facturation au fil de l'eau à ces établissements. Or, à ce jour, ils ne disposent pas des outils informatiques nécessaires pour y parvenir.

La facturation au fil de l'eau, *via* le projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), a vocation à s'appliquer aux actes et consultations externes du secteur MCO au 1^{er} janvier 2016. Elle sera applicable aux séjours MCO en 2018 et, pour le secteur SSR, en 2020.

Il faut instaurer une évolution progressive du circuit de facturation et permettre à l'assurance maladie de digérer les charges qu'elle occasionne.

À terme, ce sont bien les règles de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale qui s'appliqueront. Dans l'attente, et compte tenu du circuit de facturation actuelle, il convient de prévoir des règles adaptées qui garantissent une procédure contradictoire. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS164 de M. Jean-Pierre Door, AS166 de Mme Valérie Boyer et AS201 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Perrut. Cet amendement propose de renvoyer, pour l'application des dispositions évoquées, à la procédure décrite à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale qui préserve les droits garantis aux établissements concernés dans le recouvrement des sommes qui pourraient avoir été indûment versées.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette les amendements.

Puis elle examine les amendements identiques AS12 de M. Jean-Pierre Door, AS144 de Mme Valérie Boyer et AS205 de M. Bernard Accoyer.

M. Arnaud Viala. Cet amendement demande que le Parlement soit informé des conséquences financières de la réforme du financement des établissements de santé. En effet, le nouveau modèle de financement reposera, d'une part, sur des fractions de tarifs nationaux qui ne sont pas encore définis, pondérés par un coefficient prudentiel dont la valeur est également inconnue, et, d'autre part, sur le remboursement de spécialités pharmaceutiques en sus de prestations d'hospitalisation, également pondéré par un coefficient à déterminer auxquels il convient encore d'ajouter des financements complémentaires par forfait et dotation. Ce nouveau modèle n'ayant été précédé d'aucune simulation, il n'est pas possible d'en évaluer l'impact sur la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Compte tenu de ces nombreuses inconnues, le présent amendement tend donc à permettre à la représentation nationale de disposer d'une évaluation des

conséquences de cette réforme de la tarification des établissements SSR pour la première année de sa mise en œuvre, et ce, au plus tard le 1^{er} juillet 2016.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS144 est défendu.

M. Bernard Accoyer. De même que l'amendement AS205.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Tout d'abord, je rappelle que l'année 2016 sera une année blanche. En second lieu, l'article L. 162-23-14 nouveau institué par l'article 49 prévoit que le rapport annuel au Parlement sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé soit étendu au champ SSR. Il présente à cet effet un bilan rétrospectif et les évolutions envisagées. Ces amendements paraissent donc satisfaits. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 49 sans modification.

Après l'article 49

La Commission est saisie des amendements identiques AS91 de M. Jean-Pierre Door, AS151 de Mme Valérie Boyer et AS211 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Perrut. Par respect du principe de transparence, il est demandé aux ARS de justifier l'utilisation des deniers publics devant la représentation nationale.

Il nous paraît évident d'être informés des investissements publics qui se font en réponse aux besoins de santé exprimés dans les territoires, afin de contrôler si les actions des ARS sont bien conformes à la volonté de la représentation nationale.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS151 a pour objectif de renforcer la transparence et la lisibilité des dépenses effectuées par les ARS, notamment en permettant au Parlement de disposer de données relatives à leur budget.

M. Bernard Accoyer. Il serait important que notre commission marque une volonté d'aller vers plus de transparence, en particulier en ce qui concerne les ARS dont nombre de décisions ne semblent pas être prises dans le seul intérêt financier de l'assurance maladie.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. S'agissant des dotations MIGAC, ces amendements sont juridiquement satisfaits par l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale. Ces documents existent ; il suffit d'aller les consulter. En ce qui concerne le FIR, les amendements sont juridiquement satisfaits par l'article L. 1435-10 du code de la santé publique. L'accessibilité des documents sur internet ne relève pas du domaine législatif, mais sachez que le rapport relatif au FIR est disponible sur le site internet du ministère de la santé. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS310 de M. Francis Vercamer.

M. Francis Vercamer. Cet amendement vise à préciser les modalités de répartition régionale des crédits du FIR. Celui-ci participe d'une politique de territorialisation des politiques de santé et accompagne les actions qui correspondent à des besoins répertoriés dans les régions et les territoires de santé. Or il ne semble pas qu'il existe actuellement une répartition entre régions selon des critères objectifs clairement définis. C'est la raison pour laquelle notre amendement pose le principe d'une répartition des crédits du FIR qui tienne compte de la situation démographique des régions et de l'état de santé de la population.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Un amendement similaire avait été déposé l'an dernier. D'après mes informations, une péréquation a déjà été engagée. J'ai demandé au Gouvernement de me fournir tous les éléments nécessaires pour que je puisse vous répondre lors du débat en séance publique. Je vous suggère de retirer votre amendement et propose de poursuivre la discussion dans l'hémicycle.

L'amendement est retiré.

La Commission examine ensuite les amendements identiques AS58 de M. Dominique Tian, AS89 de M. Jean-Pierre Door et AS209 de M. Bernard Accoyer.

Mme Valérie Boyer. La loi de financement de la sécurité sociale prévoit la mise en œuvre de tarifs dégressifs pour les établissements de santé publics et privés en fonction des volumes d'activités de soins. Ce dispositif n'a pas de sens pour trois raisons majeures.

D'abord, la dégressivité des tarifs n'a de sens médico-économique que dans l'hypothèse d'activités de soins avec des coûts fixes élevés qui, dès lors qu'ils sont amortis, peuvent conduire à une dégressivité tarifaire cohérente. Or les études réalisées par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur les effets de taille ou de gamme n'ont jamais pu démontrer l'existence d'économies d'échelles en lien avec les volumes réalisés par les établissements de santé.

Ensuite, l'ONDAM 2014 a bien été respecté. De plus, la mise en œuvre du coefficient prudentiel dans la LFSS pour 2013 apporte déjà une double garantie sur le respect des objectifs de dépenses. La justification des grands équilibres macro-économiques ne tient donc pas.

Enfin, il n'est pas possible de pénaliser un établissement indispensable dans un territoire et dynamique – parce que seul à réaliser telle ou telle activité de soins –, ou certains établissements spécialisés dans des domaines où la demande de soins est objectivement en forte progression – cancérologie, insuffisance rénale.

Le rapport sur les charges et produits pour 2014 de la CNAMTS montrait que certaines maladies chroniques ont progressé jusqu'à 7 % par an, sans que la pertinence des soins ne soit contestable.

Par ailleurs, le coût, la complexité et les difficultés d'application de la mesure envisagée, établissement par établissement, ne sont pas évalués et sont, en réalité, disproportionnés au regard de l'enjeu.

Pour ces raisons, il convient de supprimer l'article L. 162-22-8-1 du code de la sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS89 est défendu.

M. Bernard Accoyer. L'instauration d'une dégressivité des tarifs serait tout à fait stupide en ce qu'elle pénaliserait les services et les professionnels les plus performants. Cette disposition est une invention purement technocratique qui aboutirait à augmenter le coût global de la dispensation des soins. Si une telle mesure devait un jour être adoptée, puisque l'assurance maladie obligatoire rétracterait sa prise en charge, il faudrait laisser évidemment au secteur complémentaire la possibilité d'intervenir pour répondre à une demande particulière des patients qui voudraient néanmoins être pris en charge alors que le plafond d'activité aurait été atteint.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je suis assez troublée. En effet, les amendements identiques visent à abroger l'article L. 162-22-8-1 du code de la sécurité sociale qui ne concerne pas la dégressivité tarifaire. Aussi, je relève une totale inadéquation entre le dispositif proposé et l'exposé sommaire des amendements. Avis défavorable – et croyez bien que je le regrette. (*Sourires.*)

La Commission rejette les amendements.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, elle rejette ensuite l'amendement AS31 de M. Dominique Tian.

Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS321 de M. Francis Vercamer, et les amendements identiques AS11 de M. Jean-Pierre Door, AS149 de Mme Valérie Boyer et AS210 de M. Bernard Accoyer.

M. Arnaud Richard. L'amendement AS321 pourra être qualifié par certains de serpent de mer. Il vise à rétablir le processus de convergence tarifaire prévu pour 2018 et remis en cause par l'actuelle majorité. Je ne vous rappellerai pas que, selon la Cour des comptes, un tel processus permettrait la réalisation d'une économie de 7 milliards d'euros sur l'assurance maladie.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Pour les mêmes raisons que les deux années précédentes, je donne un avis défavorable.

M. Jean-Pierre Door. L'arrêt de la convergence tarifaire décidée en 2012 par la présente majorité est une grave erreur économique, mais aussi une grave

erreur politique. Le potentiel économique du pays s'en est trouvé amputé de plusieurs milliards d'euros.

La Cour des comptes, dans son rapport de 2013 sur la sécurité sociale, s'est montrée très claire en la matière, de même que la CNAMTS selon laquelle le processus de convergence tarifaire répond à une exigence d'équité de traitement entre les patients qui se voient allouer par l'assurance maladie des moyens différents dans des établissements différents.

L'amendement AS11 vise donc à rétablir la convergence tarifaire et à mettre la législation française en accord avec la législation européenne.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS149 est défendu.

M. Bernard Accoyer. L'arrêt de la convergence tarifaire fut une décision scandaleuse que rien ne justifiait. Par là, le Gouvernement, qui persiste dans son attitude, contribue à affaiblir l'assurance maladie dans ses capacités à l'innovation, à moderniser le système de soins.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Avis défavorable.

La Commission rejette successivement les amendements.

Elle examine ensuite, en discussion commune, les amendements identiques AS92 de M. Jean-Pierre Door, AS152 de Mme Valérie Boyer et AS212 de M. Bernard Accoyer, et l'amendement AS311 de M. Francis Vercamer.

M. Jean-Pierre Door. L'amendement AS92 est défendu.

Mme Valérie Boyer. La loi de financement de la sécurité sociale ne constitue pas une véritable loi de financement en ne permettant pas à la représentation nationale de contrôler la stratégie du Gouvernement pour renforcer l'efficacité de notre système de santé. Ainsi aurions-nous aimé obtenir des explications sur l'abandon de la convergence tarifaire.

À titre d'illustration, ces cinq dernières années, les enveloppes de financement des MIGAC ont progressé de plus de 13 %, cependant que les tarifs des établissements de santé privés ont baissé de 2,81 %. Je rappelle que, depuis 2012, il n'existe plus de rapport détaillé sur la gestion des enveloppes MIGAC. Cette absence de visibilité ne permet pas de faire du PLFSS un outil au service de l'adaptation de l'offre de soins et de son efficience. C'est la raison pour laquelle, par l'amendement AS152, je propose la remise d'un rapport.

M. Bernard Accoyer. L'amendement AS212 me donne l'occasion de revenir sur un autre scandale : les financements attribués aux MIGAC, pendant ces cinq dernières années, ont progressé de 13 %, tandis que les tarifs des établissements de santé privés baissaient de 2,81 %. Où est l'équité, où est la recherche de la meilleure utilisation des fonds de l'assurance maladie ? On attend la réponse de Mme la rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Les amendements identiques sont juridiquement satisfaits par l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale.

En ce qui concerne l'ONDAM et ses sous-enveloppes, je ne saurais trop vous conseiller de vous reporter à l'annexe 7 du PLFSS pour 2016, ainsi qu'aux rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale qui nous éclairent sur l'évolution desdites sous-enveloppes. Avis défavorable.

M. Francis Vercamer. L'amendement AS311 vise à nouveau à assurer la transparence dans la répartition des enveloppes financières relatives aux MIGAC. Aussi demandons-nous un rapport grâce auquel les ARS justifieraient devant la représentation nationale l'utilisation par elles des deniers publics, les parlementaires devant en effet pouvoir être informés des investissements publics répondant aux besoins de santé dans les territoires.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Avis défavorable.

La Commission rejette successivement les amendements.

Puis elle en vient à l'amendement AS30 de M. Dominique Tian.

Mme Valérie Boyer. Le rapport IGF-IGAS sur la maîtrise de l'ONDAM 2013-2017, rendu public en juillet 2012, met en évidence les marges d'économies dans l'organisation de notre système de soins et en particulier au sein de l'hôpital : la dépense en soins hospitaliers représente 36 % de la dépense de santé en France contre 29 % en moyenne dans les pays de l'OCDE ; la France dispose d'un nombre d'équivalents temps plein (ETP) hospitaliers pour 1 000 habitants parmi les plus élevés de l'OCDE, à savoir 17,88 ETP contre 10,99 en Allemagne.

Le rapport formule plusieurs scénarios d'évolution, dont l'un prévoit des économies de 15 milliards d'euros, dont 60 % sur l'hôpital public. L'indispensable restructuration de l'offre de soins hospitalière doit s'accompagner d'une stratégie sur l'évolution des effectifs hospitaliers, avec des gains possibles dès 2014.

Tel est l'objet du présent amendement, qui me paraît essentiel pour essayer de sauver ce qui peut l'être.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Ce caractère essentiel m'a échappé. Je m'interroge même sur le sens de l'amendement. Il suffit de se reporter à l'exposé des motifs pour se rendre compte que votre demande est satisfaite. Pourquoi demander un nouveau rapport alors que celui de l'IGAS, auquel vous vous référez, répond à vos interrogations ? Nous avons souligné à plusieurs reprises l'inflation des rapports. Or je vous rappelle qu'il faut les lire... Limitons-en donc la demande. Avis défavorable.

M. Gérard Bapt. Ou alors limitons ce dispositif aux hôpitaux de Marseille.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS233 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Je propose que le Gouvernement remette au Parlement un rapport avant le 1^{er} juin 2016 sur une question qui passionne la majorité : l'impact financier des 35 heures sur le personnel hospitalier.

Mme Sylviane Bulteau. Que ne l'avez-vous mesuré quand vous étiez au pouvoir ?

M. Bernard Accoyer. Un tel rapport permettrait de revenir sur le contenu de celui de la Cour des comptes, publié en 2014, et qui soulignait que des hôpitaux avaient atteint un niveau d'endettement de 29,3 milliards d'euros déjà en 2012, dont une bonne part financée par des emprunts structurés. J'ajoute que l'application des 35 heures à l'hôpital a été, de l'aveu de M. Jospin lui-même devant une commission d'enquête de l'Assemblée, un échec. Sur l'ensemble des établissements de santé, une augmentation de 2 milliards d'euros de la masse salariale a été constatée.

Enfin, les 35 heures n'ont pas diminué l'absentéisme à l'hôpital, lequel n'a fait que s'accroître, atteignant sept jours pour le personnel médical et vingt-cinq jours pour le personnel non médical. En 2012, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) estimait à 200 millions d'euros le coût de l'absentéisme au sein de ses établissements.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je constate que M. Accoyer dispose déjà de tous les chiffres : je ne vois pas la nécessité du rapport qu'il demande. (*Sourires.*) Je lui rappelle par ailleurs que Barbara Romagnan a déjà rédigé un excellent rapport que je lui conseille de relire. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS234 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Je propose à nouveau la remise d'un rapport. En effet, si Mme la rapporteure estime que celui de Mme Romagnan est excellent, le Gouvernement n'en a pas tiré la moindre conséquence. Or, à ne rien faire, on risque la ruine. Il s'agit ici de demander au Gouvernement un rapport sur l'impact des jours de carence sur les finances des hôpitaux. La journée de carence coûte 70 millions d'euros par an à l'hôpital – et non 5 milliards comme indiqué par erreur dans l'exposé sommaire –, alors qu'elle coûte 400 millions d'euros dans la fonction publique où vous l'avez supprimée de façon totalement incompréhensible, inéquitable et scandaleuse.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Nous revenons sur le sujet chaque année. L'amendement est en partie satisfait par les informations apportées par le rapport de Mme Poletti sur la proposition de loi relative aux arrêts de travail.

D'autre part, la lutte contre l'absentéisme « peut passer par d'autres voies que des mesures punitives », toujours selon Mme Poletti qui ajoute que l'absentéisme peut provenir de déficiences du *management*, d'incohérence managériale, d'injonctions contradictoires. On peut agir sur ces facteurs : reste – et vous le savez très bien – que cela ne relève pas du domaine de la loi.

M. Bernard Accoyer. Bien sûr que si !

La Commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 49

Rapport sur le développement et la valorisation des consultations disciplinaires

La Commission en vient à l'amendement AS388 de la rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Le présent amendement tient à cœur aux médecins hospitaliers qui font régulièrement, en particulier dans les centres hospitaliers universitaires, des consultations pluridisciplinaires ; à la même table de consultation se réunissent des spécialistes de l'oncologie, de la radiothérapie, de l'anatomopathologie, de la chirurgie... Il s'agit, si l'on peut dire, de médecins seniors – au sens médical du terme, à savoir des experts – qui consacrent beaucoup de temps à ces consultations, au demeurant plus économes que quatre ou cinq consultations successives. Or elles ne sont pas suffisamment valorisées pour ces mêmes hôpitaux.

Je l'avoue, je propose ce que je vous reprochais à l'instant : ne pouvant instituer une valorisation, je demande un rapport sur ces consultations pluridisciplinaires. Faute avouée est *a priori* excusée...

Mme la présidente Catherine Lemorton. À moitié...

M. Bernard Accoyer. Il y a donc deux types de rapports : les bons qui sont proposés par Mme la rapporteure et les mauvais proposés par l'opposition.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. C'est pourquoi je suis rapporteure !

M. Christophe Sirugue. Il y a en effet deux types de rapports : ceux qu'on propose alors qu'ils existent déjà et les autres.

La Commission adopte l'amendement.

Article additionnel après l'article 49

Rapport sur la prise en charge des pathologies cancéreuses

Elle examine ensuite l'amendement AS361 de Mme Bernadette Laclais.

Mme Bernadette Laclais. Je propose un rapport qui me semble, lui aussi, nouveau. Il faut saluer les mesures prises par la majorité concernant le dépistage du cancer du sein. Vous me permettez, en ce mois d'octobre – on évoque souvent la campagne « Octobre rose » – d'insister sur la situation des femmes touchées par ce cancer et des restes à charge importants dont elles ont à s'acquitter : 228 euros par an en moyenne pour celles qui ne font pas le choix de la reconstruction mammaire, 539 euros en moyenne pour la chirurgie post-opératoire. Aussi neuf femmes sur dix déclarent-elles avoir des restes à charge qui peuvent également concerner le suivi psychologique nécessaire après de telles opérations.

On peut en outre constater la baisse du nombre de reconstructions mammaires, sans doute liée à des craintes qui font suite aux différentes affaires de prothèses, mais aussi à des difficultés financières – les dépassements d'honoraires peuvent aller jusqu'à 7 000 euros. Ainsi si, en 2007, 5 % des femmes y renonçaient pour des raisons financières, elles sont aujourd'hui trois fois plus nombreuses.

Il me paraît donc important que le Gouvernement remette au Parlement, avant la fin de l'année 2016, un rapport sur la prise en charge de l'ensemble des frais directs ou indirects liés à une pathologie cancéreuse, et en particulier à celle du cancer du sein.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je tiens à souligner l'importance du sujet évoqué par Mme Laclais. Ces restes à charge peuvent en effet se révéler particulièrement élevés pour les femmes qui font l'effort de la reconstruction mammaire pour sortir véritablement de leur maladie. Le rapport que vous appelez de vos vœux est justifié, car il débouchera sur des décisions. Je soutiens totalement l'amendement.

La Commission adopte l'amendement.

Article 50

(art. L. 162-1-17, L. 162-22-7, L. 162-30-2, L. 162-30-3, L. 162-30-4
et L. 322-5-5 du code de sécurité sociale)

**Simplification des dispositifs contractuels entre les établissements
de santé et les agences régionales de santé**

Cet article vise à simplifier les dispositifs contractuels conclus entre les établissements de santé et les agences régionales de santé (ARS).

I. LA SÉDIMENTATION DU PAYSAGE CONTRACTUEL

Plusieurs types de contrats peuvent être conclus entre les ARS et les établissements de santé. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avait vocation à constituer un dispositif unique comportant différents volets. Ce souhait ne s'est pas vérifié, le paysage étant aujourd'hui caractérisé par une sédimentation des supports contractuels dont la vitesse s'est particulièrement accrue au cours des dernières années.

A. LE CPOM

Prévu par les articles L. 6114-1 à L. 6114-5, le CPOM a vocation à définir les orientations stratégiques des établissements de santé. Il est conclu pour une durée de cinq ans. Il définit par ailleurs des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comporte les engagements d'amélioration associés. Il intègre également des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, et d'évolution et d'amélioration des pratiques. Il comporte en outre des objectifs à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé. Enfin, il prévoit les transformations relatives à l'organisation et à la gestion de l'établissement de santé.

B. LE CAQOS

Prévus par l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale, le contrat d'amélioration et de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) est conclu entre les agences régionales de santé, les caisses primaires et les établissements de santé. Il vise à infléchir les dépenses de transports prescrits par les établissements de santé mais exécutés en ville.

Lorsque l'ARS, 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 un taux ou que les dépenses dépassent un montant prédéterminé, un contrat peut être conclu pour une durée de trois ans. Il comporte deux objectifs : un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses et un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières. Ce dispositif est assorti d'une sanction financière en cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, ou s'il est constaté à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, le non-respect de l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport.

En complément, il existe également à l'article L. 162-30-2 actuel un CAQOS sur le champ des prestations de médicaments à l'hôpital mais exécuté en ville (dit « PHEV »).

C. LE CBU

Mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBU) est conclu, pour une durée de cinq ans, entre l'ARS, l'assurance-maladie et l'établissement de santé. Il comporte un volet relatif à la sécurisation du circuit du médicament et un volet de régulation destiné à abaisser la prescription de médicaments inscrits sur la liste « en sus ». En contrepartie du respect des engagements souscrits, l'établissement de santé bénéficie du remboursement intégral de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Des sanctions, sous la forme de réduction du taux de remboursement, sont toutefois prévues en cas de non transmission d'un rapport d'étape annuel ou de non-respect des engagements souscrits au titre d'un exercice.

D. LES AJOUTS OPÉRÉS PAR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2015

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 a ajouté deux contrats supplémentaires.

- L'article 51 de la LFSS pour 2015 institue le contrat d'amélioration des pratiques ⁽¹⁾ lorsqu'il est constaté que le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux. Il comporte des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, un plan d'actions pour les atteindre et des indicateurs de suivi. Ce contrat est signé entre l'établissement et l'ARS et est annexé au CPOM. En cas de manquement de l'établissement à ses obligations, l'ARS peut prononcer une pénalité. De même, une pénalité peut être fixée en cas de refus par un établissement de santé de signer un contrat.

- Dans le cadre de l'amélioration de la pertinence des soins dispensés au sein des établissements de santé, l'article 58 de la loi de financement instaure un contrat d'amélioration de la pertinence des soins ⁽²⁾. Il concerne les établissements identifiés dans le cadre d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins. Il résulte d'une initiative de l'ARS et associe, aux côtés de l'agence et de l'établissement, l'assurance-maladie. Il est conclu pour une durée qui ne peut excéder deux ans. Ce contrat prévoit des objectifs qualitatifs d'amélioration de la pertinence des soins mais surtout des objectifs quantitatifs. Des pénalités sont prévues en cas de refus de signer le contrat, ou en cas de manquements aux objectifs fixés.

Cette diversité contractuelle se caractérise par la diversité des contenus : visée stratégique pour le CPOM, visée thématique pour les autres contrats (transports, médicaments, pertinence, qualité). Elle se caractérise aussi par la diversité des régimes de sanctions (pénalité, moindre remboursement) ou

(1) Article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale.

d'intéressements. Elle peut également être appréhendée au regard des acteurs concernés : contrats tantôt bipartite (ARS-établissement) tantôt tripartite (ARS-assurance maladie- établissement). Elle se manifeste enfin par la diversité des durées (deux ans pour le contrat « pertinence », trois ans pour les CAQOS, cinq ans pour les CPOM et CBU).

Cette diversité est source de lourdeur administrative et rend l'exercice difficile tant pour les établissements que pour les ARS. La multiplicité des supports ne favorise pas une vision d'ensemble, encore moins un dialogue constructif.

II. L'INSTAURATION D'UN CONTRAT UNIQUE

Cet article vise à créer un contrat unique – le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins – comportant plusieurs volets mais toujours distincts du CPOM. Il fusionne les dispositions relatives aux CAQOS, CBU, contrats pertinence et qualité et harmonise les durées, modalité d'évaluation et régimes de sanction. En revanche, il serait toujours distinct du CPOM dont l'objet consiste à définir une orientation stratégique. L'objet du contrat d'unique vise, quant à lui, à améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

Le **I** modifie l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale. Cet article, remanié par l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, prévoit la possibilité de déclencher une mise sous accord préalable (MSAP) des établissements par l'ARS en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins.

Le lien entre la MSAP et le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est conservé. Le **A du I** prévoit qu'elle pourra être déclenchée lorsque l'ARS constate que les pratiques ou les prescriptions ne sont pas conformes à l'un des référentiels prévus à l'article L. 162-30-3 (*cf. infra*). Le champ de la MSAP est considérablement élargi. Auparavant limité à la seule pertinence, il concerne aussi tous les volets du futur contrat unique.

Le **B du I** consiste en une mesure de coordination.

Le **II** modifie l'article L. 162-22-7 du même code qui fixe le régime des listes en sus des prestations d'hospitalisation relevant du champ de la médecine, chirurgie et obstétrique. Cet article prévoit notamment la conclusion du CBU. Le **II** vise à ne conserver que la création des listes en sus et supprimer en conséquence toutes les dispositions relatives au CBU.

Le **III** procède à la rédaction globale des articles L. 162-30-2 à L. 162-30-4. Il fixe le nouveau régime du contrat unique qui inclut différents volets obligatoires et facultatifs.

A. LE CHAMP DU FUTUR CONTRAT UNIQUE

L'article L. 162-30-2 prévoit la conclusion d'un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements de santé situés dans leur zone de compétence. Des objectifs qualitatifs et quantitatifs lui sont assignés. Ses objectifs sont doubles : amélioration de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins et des prescriptions et diminution des dépenses d'assurance maladie.

- *Un volet obligatoire*

Ce contrat prend appui sur un dénominateur commun à tous les établissements et obligatoire : un volet relatif au bon usage des médicaments, des produits et prestations. Il s'agit de reprendre l'esprit de l'actuel CBU s'agissant de son volet qualitatif. Le volet « *régulation* », actuellement porté par le II de l'article L. 162-22-7, a vocation à rejoindre les volets optionnels du nouveau contrat, car seuls certains établissements de santé sont ciblés et ce, en fonction de référentiels fixés au niveau national (*cf. infra*).

Selon les informations transmises à la rapporteure, les différences entre le CBU actuellement régi par l'article L. 162-22-7 et le volet obligatoire mentionné au nouvel article L. 162-30-2 sont de plusieurs ordres :

- son périmètre est élargi à l'ensemble des établissements de santé alors qu'aujourd'hui il ne s'applique qu'aux établissements exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ;

- la durée du contrat est également modifiée car, contrairement aux dispositions réglementaires prises en application de l'article L. 162-22-7 qui prévoient une durée de 5 ans, le CBU sera désormais un contrat à durée indéterminée ce qui s'explique notamment par les obligations qu'il porte (sécurisation du circuit du médicament et des prescriptions) qui ont vocation à être en permanence respectées par les établissements de santé ;

- le mécanisme des sanctions en cas de non-respect des obligations est modifié afin de permettre à l'ARS de choisir entre la sanction actuelle (plafond de réduction du taux de prise en charge jusqu'à 30 %) pour les établissements MCO et une sanction financière établie en fonction des recettes d'assurance maladie qui pourra notamment s'appliquer aux établissements exerçant des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou de psychiatrie.

- *Des volets facultatifs*

Le contrat unique peut prévoir d'autres volets dont la conclusion est justifiée par l'application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins ou en raison du non-respect de référentiels de qualité ou de sécurité des soins s'agissant des actes, prestations ou prescriptions. Ce non-respect

est apprécié au regard de seuils exprimés en volume ou en dépenses (*cf.* article L. 162-30-4 *infra*).

La durée du contrat est indéterminée. Par dérogation, les volets additionnels peuvent être conclus pour une durée maximum de cinq ans. En effet, compte tenu du caractère ciblé des actions et de l'impérieuse nécessité de corriger les pratiques pour les rapprocher des référentiels d'usage, les volets doivent majoritairement être conclus pour une durée déterminée.

- *Le contenu du contrat unique*

Ce contrat doit préciser les objectifs à atteindre, les obligations des trois parties signataires ainsi que les modalités d'évaluation. Il est établi conformément à un modèle de contrat fixé par voie d'arrêté, ou, à défaut conformément à un modèle-type régional arrêté par l'ARS.

D'après les informations obtenues par la rapporteure, un contrat-type régional pourra être arrêté en cas de carence du contrat-type de niveau national. Cette possibilité est surtout motivée par l'existence de référentiels régionaux dont le champ est peu ou pas du tout exploré par le modèle national.

S'agissant des objectifs à atteindre, il a été indiqué à la rapporteure, qu'à ce stade, les différents volets du contrat ont vocation à reprendre ceux fixés pour les dispositifs existants par la loi ou le règlement (recherche d'une plus grande qualité et efficience des soins et/ou diminution des volumes ou dépenses).

Les obligations de chaque signataire devraient être précisées dans les contrats type. Généralement, l'État et l'assurance maladie s'engagent à mettre à disposition des établissements de santé les données nécessaires à la réalisation de leurs obligations. S'agissant de ces derniers, les obligations sont fonction des modalités de ciblage ayant précédé à la contractualisation et peuvent porter par exemple sur une modification de leur pratique sur un acte donné ou consister à diminuer leurs prescriptions.

- *Les sanctions attachées au refus de signer un contrat*

En cas de refus de signer un contrat ou l'un de ses volets, l'ARS peut frapper l'établissement d'une pénalité consistant en un versement d'une partie des recettes annuelles d'assurance maladie équivalent à 1 % au titre du dernier exercice clos dans la limite d'un plafond de 5 %.

Le dispositif reconduit par ailleurs les dispositions du régime actuel du CBU. Il prévoit un moindre remboursement (70 % au lieu de 100 %) des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations inscrits sur les listes en sus des tarifs GHS applicables au secteur MCO. La charge de ce moindre remboursement est imputée à l'établissement et ne peut être facturée au patient. Cette sanction n'est pas cumulable avec la précédente pénalité.

À noter que si le volet obligatoire du CBU est applicable à tous les établissements de santé, il n'en est pas de même pour le régime des sanctions. S'agissant de la sanction relative à la minoration de 30 % du taux de prise en charge, il n'est pas apparu opportun de l'étendre au champ SSR. En effet, Il est prévu de constituer une enveloppe de crédits finançant les molécules onéreuses et faisant l'objet d'un mécanisme de régulation (*cf.* commentaire de l'article 49). Dès lors, en cas de non signature du CBU des établissements de santé de SSR, l'ARS appliquera une sanction financière de 1 % des recettes d'assurance maladie.

Enfin, cet article fera l'objet d'un décret d'application, dont l'objet consistera à fusionner les dispositifs existants ainsi qu'à faire converger et évoluer les modalités d'évaluation, de contrôles et le régime des sanctions.

B. LES MODALITÉS DE CIBLAGES APPLICABLES AU CONTRAT UNIQUE

L'article L. 162-30-3 prévoit, en son premier alinéa, la mise en place, par l'État, de référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins, de seuils exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie sur certains actes, prestations ou prescriptions. Aujourd'hui, sont notamment visées les prescriptions de transports et de produits de santé exécutés en ville mais également les produits de la liste en sus. Il a aussi été indiqué que, dans le cadre du dispositif pertinence, des objectifs quantitatifs pourraient être fixés.

Ces données sont établies sur la base de l'analyse nationale ou régionale des dépenses d'assurance maladie ainsi que des recommandations de la HAS, l'Institut national du Cancer (INCa)⁽¹⁾ ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Les référentiels et les seuils peuvent porter sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie, dès lors qu'elles sont prescrites ou dispensées au sein d'un établissement.

Enfin, il est précisé que les référentiels peuvent être nationaux ou régionaux. Cette formulation vise à laisser une marge de manœuvre aux ARS pour développer leur propre stratégie et plan d'actions notamment dans le cadre de la pertinence.

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-30-3 prévoit la mise en place d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS). La rédaction reprend partiellement celle de l'actuel article L. 162-30-4. Ce plan définit les domaines d'actions prioritaires en vue de l'amélioration de la pertinence des soins dans la région et précise les critères retenus pour identifier les établissements devant conclure un volet additionnel.

(1) L'INCa a notamment pour mission l'élaboration de référentiels de bon usage en cancérologie. Ces référentiels font partie de ceux qui pourront être mobilisés par les ARS pour la signature du volet non obligatoire du CBU.

Le troisième alinéa de l'article L. 162-30-3 dispose que l'ARS, conjointement à l'assurance maladie, peut proposer à un établissement de conclure un avenant au contrat lorsqu'il constate que les pratiques ou les prescriptions des médecins y exerçant ne sont pas conformes à un ou plusieurs des référentiels arrêtés par l'État ou aux critères retenus dans le cadre du PAPRAPAS.

Le dernier alinéa prévoit qu'un décret d'application définira les modalités d'élaboration du plan d'actions, les catégories d'actes, prestations, ou prescriptions concernées et la nature des données ainsi que les méthodes pour arrêter les référentiels et vérifier la conformité des pratiques.

Ce décret n'est pas encore rédigé mais devrait reprendre et fusionner pour partie les dispositifs existants. Selon les informations transmises à la rapporteure, il devrait notamment inclure le dispositif, prévu par l'actuel article L. 162-30-2, visant à développer la prescription des génériques et notamment les dispositions introduites par l'article 64 de la LFSS pour 2015 sur les prescriptions de médicaments à l'hôpital et exécutées en ville

C. ÉVALUATION DES OBJECTIFS ATTEINTS ET PÉNALITÉS EN CAS DE MANQUEMENT

L'article L. 162-30-4 fixe les modalités d'évaluation des objectifs et le régime de pénalités associé aux manquements constatés.

L'atteinte des objectifs fait l'objet d'une évaluation annuelle. D'après les indications fournies à la rapporteure, les modalités d'évaluation seront précisées par les textes d'application. En tout état cause, ces modalités différeraient selon les objectifs poursuivis. En cas d'objectif visant à la diminution de volumes, le constat de la réalisation ou non des obligations pourrait se faire par la simple exploitation des données d'activités. En revanche, s'agissant d'obligations plus qualitatives, l'évaluation pourrait prendre appui sur certains indicateurs ou bien sur un contrôle sur pièces et sur place par les médecins contrôleurs de l'assurance maladie.

Si les objectifs ne sont pas atteints ou sont partiellement atteints, l'ARS peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et au terme d'une procédure contradictoire, frapper l'établissement d'une pénalité consistant en un versement d'une partie des recettes annuelles d'assurance maladie. Le dispositif prévoit que la pénalité est doublement proportionnée à l'ampleur des écarts ainsi qu'à « *leur impact sur les dépenses d'assurance maladie* ». Elle est équivalente à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement au titre du dernier exercice clos dans la limite de 5 % par an. Ce dernier taux s'apprécie au regard de tous les volets. Soulignons que la rédaction ne prévoit pas de calibrer la sanction sur les recettes correspondant à l'activité, les actes ou prestations ayant donné lieu au ciblage et à la sanction. En revanche, il a été indiqué que c'est un élément qui pourra être précisé par voie réglementaire dans les éléments conduisant au calcul de la sanction.

En plus de la sanction financière, cet article prévoit également la mise en place de la procédure de MSAP de certaines prestations ou prescriptions, ce qui constitue une nouveauté. La MSAP s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-1-17.

Procédure de mise sous accord préalable prévue par l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale

(Version à jour des modifications introduites par le I du présent article)

« Lorsqu'il constate que les pratiques ou les prescriptions d'un établissement de santé ne sont pas conformes à l'un des référentiels mentionnés à l'article L. 162-30-3 ou lorsque l'établissement est identifié en application du plan d'actions, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie et après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical placé près de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie d'actes, de prestations ou de prescriptions délivrés par un établissement de santé. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans des conditions prévues par décret.

La mise sous accord préalable est justifiée par l'un des constats suivants :

1° Une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;

2° Une proportion élevée de prescriptions de ces prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement ou sans hospitalisation ;

3° Un écart significatif entre le nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable ;

4° Une proportion élevée d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par l'établissement de santé non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé.

Dans le cas où l'établissement de santé, informé par l'agence régionale de santé de sa mise sous accord préalable, délivre des actes ou prestations malgré une décision de refus de prise en charge, ces actes ou prestations ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et l'établissement ne peut pas les facturer au patient. Lorsque la procédure d'accord préalable porte sur les prescriptions réalisées par l'établissement de santé, le non-respect de la procédure entraîne l'application d'une pénalité financière, dans les conditions prévues à l'article L. 162-30-4.

Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin ou par l'établissement de santé prescripteur, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des actes, prestations et prescriptions précités. »

Lorsque le manquement concerne un produit de santé, le manquement peut se traduire par une réduction de la prise en charge à hauteur de 30 % des produits de santé inscrits sur la liste en sus des prestations relevant du champ MCO. Ce moindre remboursement se substitue à la pénalité évoquée ci-avant. Comme indiqué auparavant, il n'est pas apparu opportun de l'étendre au champ SSR dans la mesure où les molécules onéreuses font l'objet d'un mécanisme de régulation qui passe déjà par l'application d'une minoration du taux de prise en charge.

Le **IV** procède par coordination à l'abrogation de l'article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale qui fixe le régime juridique des CAQOS.

D. DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Le **V** prévoit les modalités d'entrée en vigueur du dispositif.

Son premier alinéa dispose que les articles L. 162-30-2 (contrat unique) et L. 160-30-3 (ciblage des établissements) entreront en vigueur le lendemain de la publication du décret d'application de l'article L. 160-30-2 et au plus tard le 1^{er} janvier 2018. Ils s'appliqueront aux nouveaux contrats. Cet alinéa contient en réalité une erreur de référence : il conviendrait de s'attacher aux articles L. 162-30-2 (contrat unique) et L. 160-30-4 (évaluation des objectifs et sanction). Le dépôt d'un amendement en séance publique devrait permettre de corriger cette erreur de référence.

Son deuxième alinéa prévoit que les contrats conclus avant la publication du décret produiront leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017.

Le dernier alinéa prévoit enfin que l'article L. 162-30-4 (évaluation des objectifs et sanction) entrera en vigueur le lendemain de la publication de son décret d'application et s'appliquera aux nouveaux contrats. Il prévoit aussi que les contrats conclus avant la publication du décret produiront leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017. Comme pour le premier alinéa, il subsiste une erreur de référence. Devrait être concerné par cette mesure transitoire, l'article L. 162-30-3 relatif aux modalités de ciblage des établissements. Le dépôt d'un amendement en séance publique devrait permettre de corriger cette erreur de référence.

*

La Commission examine les amendements identiques AS85 de M. Jean-Pierre Door, AS145 de Mme Valérie Boyer et AS206 de M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Perrut. Le projet de loi propose de fusionner en un seul contrat les différentes démarches contractuelles de gestion du risque qui se sont multipliées ces dernières années : contrat de bon usage du médicament (CBU), contrat d'amélioration des pratiques et de pertinence.

Or la simplification que vous proposez n'est que de forme et n'est par conséquent pas à la hauteur des enjeux. Les questions soulevées par la mise en place de ces dispositifs – cohérence avec la démarche de certification par la Haute Autorité de santé (HAS), implication des médecins libéraux dans la contractualisation, transparence dans la détermination des indicateurs – ne sont pas résolues. Sur le fond, la logique de sanction, en lieu et place d'une véritable incitation à la qualité et à l'efficacité, perdure.

Cet article ne répondant pas à l'objectif que vous vous êtes fixé – et qui, par ailleurs, nous paraît bon –, l'amendement AS85 vise à le supprimer.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS145 est défendu.

M. Bernard Accoyer. J'insiste sur cette logique de sanction. Aucune mesure incitative n'est prévue pour renforcer la qualité, l'efficacité. On n'envisage que le rabot ou la guillotine.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Ni rabot ni guillotine, monsieur Accoyer. Il s'agit seulement de prendre en compte ici la difficulté de se frayer un chemin parmi les différentes formulations de ces contrats. Au contraire, je trouve d'une très grande logique qu'il y ait une partie stable, obligatoire, que l'on connaît parfaitement et que, selon les modalités du contrat et ceux qui y souscrivent, il puisse y avoir des parties additionnelles. Il s'agit d'une mesure de simplification. Pour tout vous dire, je pensais que tout le monde en serait satisfait, ce qui n'est apparemment pas le cas. Avis radicalement défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Elle en vient aux amendements identiques AS86 de M. Jean-Pierre Door et AS146 de Mme Valérie Boyer.

M. Jean-Pierre Barbier. Tel qu'il est rédigé, l'article place les établissements de santé dans une situation difficile : ils ne peuvent en effet intervenir dans la pratique professionnelle des praticiens, qui demeurent libres de leurs prescriptions.

Ainsi, cette simplification ne résout en rien l'absence d'implication des médecins dans le dispositif. Il s'agit donc de se montrer plus incitatif que contraignant, faute de quoi personne ne respectera le dispositif.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS146 est défendu.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Le choix de l'association des médecins libéraux pourrait être une bonne proposition, mais faire d'eux les seuls médecins signataires du contrat peut poser un problème très important : c'est l'ensemble des professionnels, libéraux, fonctionnaires comme salariés, qui concourt à la production de soins de l'établissement.

Tout en donnant un avis défavorable, je me permets de vous signaler que, à l'occasion de l'examen d'un prochain amendement, je vais proposer ce concours des médecins dans les contrats qui lient les établissements avec les transporteurs sous la forme d'une identification du prescripteur, de manière à responsabiliser ces médecins et à les faire participer à la réalisation du contrat.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 50 sans modification.

Article additionnel après l'article 50
(art. L. 322-5 du code de la sécurité sociale)

Pertinence des prescriptions de transports sanitaires

La Commission examine l'amendement AS389 de la rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cet amendement vise à donner aux acteurs de la santé les outils nécessaires pour qu'ils s'assurent de la pertinence des prescriptions de transport sanitaire, dont nous savons que le coût augmente de façon excessive. À cet effet, il peut être utile de s'appuyer sur le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et de subordonner la prise en charge de la prescription à l'identification du numéro RPPS du prescripteur. En effet, vous le savez, seul le médecin est habilité à prescrire un transport en fonction de l'état du malade. Il est important de responsabiliser ces médecins en les associant à la décision de prise en charge. Je vous propose donc d'adopter l'amendement dont la rédaction, d'ailleurs, sera consolidée d'ici à l'examen du texte en séance publique.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement va dans le bon sens. Il y a très longtemps qu'il fallait envisager ce type de mention sur les ordonnances de sortie des centres hospitaliers. En revanche, *quid* des internes, des externes, des infirmiers qui délivrent eux-mêmes les ordonnances de sortie ?

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je suis totalement de l'avis de M. Door : seuls les médecins sont habilités à prescrire un transport et il n'est pas question que des infirmiers le soient. S'il s'agit d'un interne, il peut avoir un numéro RPPS s'il veut être habilité à signer et si son chef de service le souhaite. C'est le prescripteur qui est en cause, qui souvent – pas toujours – se montre « inflationniste » et nous devons pouvoir l'identifier et le responsabiliser.

M. Jean-Pierre Door. Je vais dans votre sens, mais il faudra vraiment faire preuve de pédagogie ou tout au moins bien informer les services pour que les règles soient bien suivies.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. J'en suis pleinement d'accord, monsieur Door, et, j'y insiste, la rédaction de l'amendement sera améliorée en ce sens.

La Commission adopte l'amendement.

Après l'article 50

Elle examine ensuite l'amendement AS28 de M. Dominique Tian.

Mme Valérie Boyer. Il est important que les actions relatives à l'efficacité de la prescription de transports en établissements de santé, que matérialise le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS), impliquent tout autant les médecins y exerçant à titre libéral que leurs confrères salariés.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Votre amendement modifie un article que nous venons d'abroger en adoptant l'article 50. Le contrat unique a vocation à se substituer à de nombreux contrats dont le CAQOS. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Article 51

(art. L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6113-11, L. 6113-12
et L. 6111-13 du code de la santé publique)

Étude nationale des coûts

Cet article vise à améliorer la fiabilité des données issues des études nationales de coût.

I. L'ÉTUDE NATIONALE DES COÛTS : ENJEUX

Dans le cadre de la tarification à l'activité applicable au secteur de la médecine, chirurgie et obstétrique, la fixation des tarifs de prestations par l'État prend appui sur une observation des coûts supportés par les établissements de santé.

A. RAPPEL SUR LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

Le financement des hôpitaux par le biais de la tarification à l'activité (T2A) prend appui sur le mécanisme des groupements homogènes de séjour et des groupements homogènes de malade. En effet, pour déterminer des tarifications analogues, le séjour de chaque patient est classé en fonction de différents critères. Les GHM regroupent des séjours similaires en termes médicaux (diagnostics, actes) et en termes de consommation de ressources. À un GHM sont associés plusieurs GHS, qui en constituent le pendant tarifaire. Les GHS correspondent à des niveaux de sévérité des prises en charge.

Pour rappel, l'État fixe chaque année, conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, « *les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégorie d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical* ». Les prestations visées au 1° de l'article L. 162-22-6 correspondent aux prestations de séjour et de soins, avec ou sans hébergement, représentatives de la mise à disposition de l'ensemble des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre lors de l'hospitalisation du patient.

Dans le cadre de chaque campagne tarifaire, ces tarifs (correspondant aux GHS) sont fixés par voie d'arrêté, qui comporte des dispositions propres à chaque catégorie d'établissements et distingue ainsi les éléments tarifaires applicables aux

établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 relevant de l'échelle de coûts des établissements anciennement financés par dotation globale de ceux applicables aux établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* du même article relevant de l'échelle des coûts des établissements de santé anciennement financés par le biais de l'objectif quantifié national.

B. LA CONSTITUTION DE L'ÉTUDE NATIONALE DES COÛTS

1. L'objet de l'étude nationale des coûts

L'élaboration du coût moyen des GHS ressortit à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Elle s'appuie, pour ce faire, sur les études nationales de coûts à méthodologie commune (ENC) qui consistent en des enquêtes annuelles dans les établissements de santé publics et privés.

L'ENC constitue un référentiel de coûts fondés sur l'observation des coûts moyens. Les campagnes d'enquête sont réalisées chaque année auprès d'établissements volontaires, sélectionnés par l'ATIH en fonction de leur capacité technique à réaliser l'étude. Les établissements volontaires reçoivent une dotation destinée à couvrir les moyens engagés pour répondre aux enquêtes.

Les tarifs sont ajustés chaque année en tenant compte des résultats de cette étude. Cette méthodologie commune aux différentes catégories d'établissements permet d'objectiver la rémunération autour de séjours moyens à partir de critères fixés *a priori*.

2. Une méthodologie dont les fondations sont encore fragiles

Cette méthode permet d'obtenir des résultats proches de la réalité des coûts mais reste aujourd'hui limitée. Dans un de ses rapports⁽¹⁾, la Cour des comptes en soulignait les limites : faible nombre d'établissements constituant l'échantillon, référentiel relatif à la comptabilité analytique appliqué de manière non homogène, difficultés à mener les enquêtes statistiques dans le secteur privé.

Si des progrès ont été indéniables dans l'amélioration qualitative des données statistiques, l'ENC est toujours fragilisée par le faible nombre d'établissements constituant l'échantillon. Or, la mesure des coûts est parfois difficile pour certaines activités ou certaines catégories d'établissements : la faible représentativité fausse les mesures statistiques et ne permet pas de parvenir à une évaluation fidèle des coûts moyens.

Faute de base juridique, l'ATIH ne dispose aujourd'hui d'aucun levier pour contraindre les établissements à participer à son échantillonnage en vue consolider les coûts qu'elle est amenée à valoriser.

(1) *Cour des comptes*, « Chapitre VII : Tarification à l'activité et convergence tarifaire », *rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2011*.

II. LA FIABILISATION DE L'ÉTUDE NATIONALE DES COÛTS.

L'objet de cet article vise ainsi à améliorer la fiabilité des données issues de l'ENC en garantissant la constitution d'un échantillon d'établissements représentatifs.

A. L'ARTICULATION ENTRE L'ODMCO ET L'ENC

Le **I** modifie l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale qui pose les principes d'un « *objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6* ». Il s'agit de l'objectif des dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO) qui couvre les dépenses liées aux prestations entrant dans le champ de la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie pour l'ensemble des établissements de santé publics comme privés. Pour mémoire, cet objectif s'élève, en 2015, à 50,5 milliards d'euros par rapport à un ONDAM fixé à 181,9 milliards d'euros ⁽¹⁾.

Cet article dispose qu'un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif. Il précise en outre que les tarifs nationaux des prestations, soit les tarifs de GHS, « *peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations* ». Le **I** vise à compléter cette dernière phrase en précisant que les données afférentes sont notamment issues des études nationales de coûts désormais juridiquement encadrées au sein du code de la santé publique.

Notons enfin que la nouvelle tarification applicable aux soins de suite et de réadaptation (SSR), prévue par l'article 49 du présent projet de loi de financement, prendra également appui sur l'ENC.

B. LE RÉGIME JURIDIQUE DE L'ÉTUDE NATIONALE DES COÛTS

Le **II** vise à donner une assise juridique aux études nationales de coûts.

Le **1°** dispose que l'actuel article L. 6113-11, relatif à l'application des dispositions du chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code, devient désormais l'article L. 6113-14, en raison de la création au **2°** de trois nouveaux articles.

Le **2°** insère effectivement trois nouveaux articles L. 6113-11 à L. 6113-13 procurant une assise législative à l'ENC (définition, échantillonnage et mécanisme d'intéressement ou de sanction).

(1) Arrêté du 26 février 2015 fixant pour l'année 2015 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale.

1. L'ENC est doté d'une base juridique incontestable

L'article L. 6113-11 dispose que les études nationales de coûts sont constituées à partir des données transmises par les établissements de santé y participant. Elles concernent les coûts des établissements mentionnés aux *a* à *d* de l'article L. 162-22-6. Il s'agit des établissements publics et de certains établissements privés. Dans ce dernier cas, il convient d'y inclure les établissements du secteur privé non lucratif ainsi que les autres établissements du secteur privé ayant signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

Le même article dispose que ces « *études portent sur des champs d'activités définis par décret en Conseil d'État* ».

Selon les informations transmises à la rapporteure, les champs concernés couvrent : les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), les activités d'hospitalisation à domicile (HAD), les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les activités de psychiatrie.

Il est enfin précisé que la réalisation de ces études est « *confiée à une personne publique désignée par décret en Conseil d'État* ». Il s'agit bien évidemment de l'ATIH.

2. La constitution de l'échantillon

L'article L. 6113-12 précise la procédure applicable à la constitution annuelle de l'échantillon.

Une liste des établissements de santé, publics comme privés, est établie par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur proposition de l'ATIH et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.

D'après les informations obtenues par la rapporteure, le caractère représentatif devrait tenir compte des préconisations du Conseil d'État qui se fonde, en l'occurrence, sur l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale.

Cet article instaure en effet l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée et précise sa composition. Y sont notamment inclus les représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé dont la liste est fixée par l'article D. 162-17 du même code. Il s'agit de la Fédération hospitalière de France (FHF), de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP), de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (UNICANCER) et de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD). Pour le Conseil d'État, seules sont représentatives les organisations mentionnées à cet article.

L'article fixe ensuite les conditions d'élaboration de l'échantillon en ses 1° et 2°.

La cible pour la constitution de l'échantillon sera fonction des établissements volontaires. Il est cependant admis qu'un échantillon idéal devrait être constitué de 120 établissements MCO, 100 établissements SSR et 50 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD). En 2015, les échantillons sont composés de 98 hôpitaux du secteur MCO, 72 du secteur SSR et 32 du secteur HAD.

Le 1° dispose qu'un appel à candidature est réalisé par l'ATIH. Les établissements volontaires sont sélectionnés selon leur capacité à participer aux études en fournissant les données nécessaires. Le texte cite en particulier les données médicale et comptable : il s'agit de viser ici la qualité du remplissage du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) ainsi que la qualité de la comptabilité analytique. À cet effet, un questionnaire est transmis par l'ATIH aux établissements. Le projet de loi indique que cette sélection peut aussi être opérée pour faire bénéficier les établissements d'un accompagnement leur permettant d'acquérir les outils et l'organisation nécessaire à l'intégration dans l'échantillon.

Il reviendrait à l'ATIH de procéder à l'examen de l'échantillon et de déterminer si le panel constitué par les établissements permet de garantir la fiabilité des coûts.

En cas de besoin, le 2° de l'article L. 6113-12 dispose qu'une procédure complémentaire de sélection est opérée en vue d'assurer la fiabilité des coûts. Deux critères alternatifs sont définis : le statut juridique de l'établissement d'une part, les activités poursuivies d'autre part.

Cette procédure est plus contraignante en ce qu'elle oblige les établissements sélectionnés à produire les informations nécessaires pour s'assurer de leur capacité à participer à l'ENC sous peine d'encourir, au terme d'une procédure contradictoire, une pénalité financière équivalente à 1 % des produits perçus des régimes d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos.

Les informations nécessaires pour s'assurer de leur capacité à participer à l'ENC sont principalement appréciées sur la base du questionnaire type établi par l'ATIH. Les établissements jugés aptes à participer à l'étude seront intégrés à la liste, soit pour compléter l'échantillon, soit pour disposer d'un accompagnement leur permettant d'intégrer ultérieurement l'échantillon.

La procédure de la sanction en cas de refus de transmission des informations nécessaires constitue un des apports majeurs de ce dispositif. À l'heure actuelle, les établissements qui ne souhaitent pas transmettre leurs données ne sont pas sanctionnés. L'ATIH ne dispose en effet d'aucun levier véritable pour compléter et consolider son échantillon.

3. Le cadre conventionnel des échanges entre l'ATIH et l'établissement de santé

La procédure de sélection aboutit à la signature d'une convention signée entre l'ATIH et chacun des établissements de santé figurant sur la liste. Tel est l'objet de l'article L. 6113-13. La signature de cette convention garantit l'engagement de l'établissement à produire les données nécessaires pour établir l'ENC.

Des conventions sont passées par l'ATIH avec chacun des établissements participant aujourd'hui à l'ENC. L'article L. 6113-13 assure toutefois une solide base juridique à ce cadre conventionnel.

Selon les informations apportées à la rapporteure, les conventions consisteront à fixer les conditions de participation de l'établissement à l'ENC et les engagements réciproques des parties. Ces modalités comprendraient notamment la définition de la nature des informations à transmettre, le calendrier de transmission de ces informations, les conditions à remplir par l'établissement pour qu'il reçoive la contrepartie financière prévue par la convention au titre de sa participation à l'ENC ainsi que les sanctions prévues en cas de non-respect des engagements.

Rappelons que le texte dispose aussi qu'en cas de refus de signer la convention, une pénalité financière, équivalente à 1 % des produits perçus des régimes d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos, pourrait être prononcée par le directeur de l'ARS au terme d'une procédure contradictoire.

La convention prévoit par ailleurs un financement pour couvrir les moyens engagés pour la réalisation de l'ENC. Le texte prévoit qu'en cas de non-respect de ses obligations contractuelles, l'établissement concerné devra restituer les indemnités perçues selon les modalités fixées par la voie conventionnelle.

Les établissements participant aux études nationales de coûts bénéficient déjà aujourd'hui d'un financement en contrepartie de leur participation. Il a été indiqué à la rapporteure, qu'en 2013, dans le but d'améliorer la représentativité des échantillons en incitant un plus grand nombre d'établissements à y participer, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a augmenté le montant de la compensation. Ces modalités de financements ne sont pas remises en cause dans le cadre du nouveau dispositif.

Modalités de compensation de la participation des établissements de santé à l'ENC

Pour préparer l'entrée des nouveaux établissements, une aide financière a été mise en place par le biais d'un crédit d'amorce de 7 500 € et du financement d'une prestation d'accompagnement rémunérée à hauteur de 7 500 €, soit une aide financière totale de 15 000 €. Le crédit d'amorce est alloué durant l'année qui précède l'engagement de l'établissement dans l'étude. La prestation d'accompagnement peut être réalisée soit par un établissement tuteur participant déjà à l'étude soit par un prestataire extérieur.

Pour les établissements déjà dans l'ENC, la part fixe du financement a été portée de 24 000 € à 35 000 €. La majoration liée à la qualité des données a été augmentée et harmonisée à 10 000 € pour tous les champs, soit une augmentation de 7 000 € pour le champ MCO et de 8 500 € pour les champs SSR et HAD.

Source : Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

*

La Commission examine les amendements identiques AS87 de M. Jean-Pierre Door et AS147 de Mme Valérie Boyer.

M. Jean-Pierre Barbier. Malgré les concertations entre la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et les fédérations sur la mise en œuvre d'une mesure de renforcement de la représentativité de l'ENC, l'article ne prévoit pas un système efficace de promotion des acteurs, mais un système de sanction inapproprié.

Cet article ne reflétant pas les discussions en cours, il est donc proposé de le supprimer.

Mme Valérie Boyer. Je demande la suppression de l'article pour les mêmes motifs.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette les amendements.

Elle en vient aux amendements identiques AS88 de M. Jean-Pierre Door et AS148 de Mme Valérie Boyer.

M. Bernard Perrut. La capacité des établissements de santé à participer à l'étude nationale de coûts ne saurait se décréter. La mesurer nécessite un travail spécifique avec les représentants des établissements de santé, afin que l'on s'assure que les critères définis sont pertinents. Ce n'est qu'à cette condition que les fédérations représentatives des établissements de santé pourront valablement donner un avis sur la liste des établissements appelés à participer à l'étude.

Mme Valérie Boyer. L'amendement AS148 est défendu.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Vos amendements sont satisfaits en ce qui concerne l'association des fédérations. Il suffit de vous reporter à l'alinéa 8 qui évoque l'avis des organisations nationales les plus représentatives. La représentativité prend appui sur la composition de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée prévue par l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale. Pour rappel, cet article définit les membres : sont notamment visés les représentants des organisations nationales les plus représentatives. L'article d'application D. 162-17 inclut les fédérations. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements.

Puis elle adopte l'article 51 sans modification.

CHAPITRE IV Autres mesures et objectifs financiers

Article 52

(art. L. 162-1-4-1 et L. 612-3 du code de sécurité sociale)

Réforme des cotisations des professionnels de santé affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Cet article vise à aligner le régime de cotisation d'assurance maladie, maternité et décès applicable aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) sur celui des professions libérales relevant du régime du régime social des indépendants (RSI). Il a également pour objet de redéfinir l'assiette de la cotisation sociale de solidarité pour l'appliquer sur les dépassements d'honoraires et les revenus issus d'activité ne relevant pas du champ conventionnel.

I. LE DISPOSITIF ACTUEL

A. LA COUVERTURE MALADIE, MATERNITÉ ET DÉCÈS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les professionnels de santé conventionnés relevant de l'article L.722-1 du code de la sécurité sociale (près de 308 000) sont affiliés au régime des PAMC. À ce titre, ils doivent s'acquitter d'une cotisation assise sur les revenus qu'ils tirent de leur activité professionnelle comme le prévoit l'article L. 722-4 du même code. Son taux est fixé à 9,8 % aux termes du 1° du I de l'article D. 722-3. En vertu de l'article L. 612-3, il est également institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité du régime social des indépendants (RSI) une cotisation sociale de solidarité dont le taux est fixé à 0,01 % des revenus selon le II de l'article D. 722-3 précité. Ce taux très faible résulte du transfert progressif des cotisations d'assurance maladie vers la CSG. Du reste, au terme d'une décision du Conseil d'État, cette cotisation n'ouvre droit à aucune prestation et constitue une imposition de toute nature ⁽¹⁾.

Les médecins qui ont choisi, en application de la convention nationale prévue à l'article L. 162-5, de pratiquer des honoraires différents des honoraires conventionnels (médecin du secteur 2) peuvent choisir d'être affiliés au régime des PAMC ou au régime social des indépendants (RSI). Environ 30 000 médecins sont concernés par cette disposition. Un peu plus de 3 700 d'entre eux ont choisi de s'affilier au PAMC dans les conditions précitées. Pour la population restante, affiliée au RSI, c'est le taux fixé par l'article D. 612-4 qui s'applique, soit 6,5 %.

(1) CE SSR 1/4 6 octobre 1999, Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes, n° 20041.

Enfin, les médecins non conventionnés (1 500 environ) sont affiliés au RSI et se voient appliquer le taux de 6,5 %.

En pratique, si les taux divergent, le niveau de couverture entre les deux régimes est identique.

B. LE RÉGIME DE PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS PAR L'ASSURANCE MALADIE

L'assurance maladie peut participer au financement des cotisations sociales sous certaines conditions. Cette participation résulte de l'application de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale dont le 5° prévoit que les conventions définissent « *les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé* ».

Pour les PAMC, la participation s'élève à 9,7 % du montant du revenu net de dépassements d'honoraires. Les professionnels s'acquittent en définitive du différentiel restant de 0,1 %. En pratique, cette prise en charge s'applique à la partie du revenu pour lequel un tarif opposable est fixé. Elle n'est pas effective pour la partie du revenu correspondant au dépassement d'honoraire exceptionnel qui n'est d'ailleurs pas remboursée par l'assurance maladie⁽¹⁾. À titre d'exemple, l'assurance maladie participe à hauteur de 9,7 % pour la partie du revenu correspondant au tarif opposable (consultation à 23 euros par exemple) mais ne participera pour la partie du revenu correspondant au dépassement (les 2 euros pour exigence particulière du patient).

Pour les médecins ayant choisi de pratiquer des honoraires différents (secteur 2), aucune participation de l'assurance maladie n'est prévue. Toutefois, une prise en charge des cotisations par l'assurance maladie est possible en cas d'adhésion à un contrat d'accès aux soins pour la partie du revenu net de dépassement d'honoraires. Pour un médecin relevant du régime des PAMC, la prise en charge est de 9,7 % alors qu'elle est de 6,5 % pour le médecin affilié au RSI.

Pour les médecins non conventionnés, aucune prise en charge n'est applicable.

Deux enseignements peuvent être tirés. L'équilibre général des conventions signées entre l'assurance maladie et les professionnels de santé prévoit un reste à charge à hauteur de 0,1 % après prise en charge par l'assurance maladie pour le seul régime des PAMC. En outre, la participation de l'assurance maladie, centrée sur les revenus tirés de l'activité conventionnée ou strictement opposable au titre du contrat d'accès aux soins, vise à inciter au respect des tarifs opposables.

(1) Tel est le cas du dépassement pour exigence particulière du patient.

La participation de l'assurance maladie au titre de l'assurance maladie, maternité et décès est intégrée à l'ONDAM et représenterait une somme de 1,6 milliard d'euros selon l'étude d'impact. Cette somme est enregistrée en charges, au titre de la participation de l'assurance maladie, mais aussi en produits, s'agissant des cotisations acquittées par les médecins. Elle est aussi intégrée aux objectifs de recettes et de dépenses de la branche maladie présentés dans le cadre des tableaux d'équilibre de la loi de financement de la sécurité sociale.

Elle ne correspond en réalité à aucun flux financier réel, hormis la part restant à charge pour les professionnels de santé relevant du PAMC.

En pratique, le professionnel de santé doit distinguer dans sa déclaration pour l'URSSAF entre les revenus appelant une participation de l'assurance maladie et les revenus pour lesquels aucune participation ne peut être appliquée. Dans le premier cas, un prélèvement de 0,1 % est opéré pour les affiliés au régime des PAMC, aucun prélèvement n'étant pratiqué pour les cotisants au RSI. Dans le second cas, un prélèvement est pratiqué (9,8 % ou 6,5 % selon le régime).

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

A. LES OBJECTIFS RECHERCHÉS

Cet article vise plusieurs objectifs.

Le projet de loi de financement vise à « *réduire l'effet de circularité* » induit par la participation de l'assurance maladie à l'acquittement des cotisations d'assurance maladie prélevées par ailleurs. Ces flux ne sont donc plus retracés ni en recettes, ni en dépenses. Cette mesure se traduit donc par une économie au sein de l'ONDAM évaluée à 270 millions d'euros en 2016.

L'article vise également à rapprocher le niveau de cotisations des affiliés au régime des PAMC de celui des affiliés au RSI, soit 6,5 %. Cette mesure est neutre pour les affiliés au régime des PAMC. Selon l'étude d'impact, pour un revenu de 100 000 euros, le niveau de participation de l'assurance maladie diminue à due concurrence de la baisse du taux de cotisation. Le reste à charge, résultant de la différence entre taux de cotisation et participation de l'assurance maladie reste quasi stable. Le coût de l'alignement représente 320 millions d'euros en 2016.

Enfin, cet article vise à inciter les professionnels de santé à limiter les dépassements d'honoraires et s'inscrit dans l'action du Gouvernement en faveur de l'accès aux soins et à la protection de la santé. Il est instauré à cet effet une contribution de 3,25 % pour la part des revenus non pris en charge par l'assurance maladie. Son niveau permettra de compenser la perte de recettes qu'entraîne l'alignement du taux de cotisation du régime des PAMC sur celui du RSI. Les recettes qu'engendrerait ce prélèvement sont estimées à 49 millions d'euros en 2016.

B. PRÉCISIONS PORTANT SUR LES CONDITIONS DE PARTICIPATION DE L'ASSURANCE MALADIE À LA PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS

Le 1° du I précise la portée de l'article L. 162-14-1 dont le 5° prévoit les conditions de participation de l'assurance maladie au financement des cotisations des professionnels de santé.

Cette prise en charge concerne aujourd'hui les revenus tirés des honoraires mais aussi « *les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération* ». Cette formulation a vocation à couvrir le cas particulier des médecins libéraux intervenant dans le cadre d'un EPHAD ayant opté pour un tarif « *soins* » global. Dans cette hypothèse, un forfait est versé par l'assurance maladie à la structure qui rétrocède le montant correspondant au professionnel de santé dans le cadre d'une convention conclue avec lui. En résumé, le professionnel de santé ne perçoit qu'indirectement sa rémunération et il importe qu'il puisse bénéficier de la prise en charge de ses cotisations sur les revenus tirés de cette activité.

Il est également indiqué que la convention fixe l'assiette, le niveau de la participation ainsi que les modalités de sa modulation, particulièrement en fonction du lieu et de l'exercice.

Le a) inclut dans le champ de la prise en charge la rémunération tirée des activités de permanence des soins. Le champ couvre les forfaits de garde, d'astreinte ou ceux versés au titre de la régulation médicale. Depuis la mise en place du système de permanence des soins en 2002, la rémunération des médecins combine à la fois des éléments relevant du champ conventionnel et des éléments pris en charge par le fonds d'intervention régional (FIR) qui ne relève pas du champ conventionnel. En pratique, cette modification n'apporte aucune nouveauté puisque l'assurance maladie prend déjà en charge les cotisations portant sur la totalité des revenus qu'ils relèvent ou non du champ conventionnel. Mais elle n'en constitue pas moins une base juridique indispensable pour la prise en charge des cotisations applicables aux revenus ne relevant pas du champ conventionnel.

Le b) précise que la convention pourra aussi fixer « *les catégories de revenus* » pour lesquels les cotisations peuvent être prises en charge en lieu et place de « *l'assiette* ». Cette modification, d'ordre cosmétique, vise à préciser le champ de la prise en charge. Elle ne sera effective que pour la part du revenu tirée de l'application de tarifs conventionnés.

C. UNE NOUVELLE CONTRIBUTION ASSISE SUR UNE ASSIETTE RESSERRÉE

Le 2° du I procède à la rédaction globale de l'article L. 612-3 dont il est rappelé qu'il fixe aujourd'hui la contribution sociale de solidarité au profit du régime social des indépendants (RSI).

Dans sa nouvelle rédaction, l'article L. 612-3 maintient le principe d'une contribution acquittée par les affiliés au régime des PAMC au bénéfice du RSI. Cette contribution, dont le taux est fixé à 3,25 %, a vocation à s'appliquer à la part des revenus tirés des dépassements d'honoraires des professionnels de santé affiliés au régime des PAMC.

La contribution ne sera pas assise sur la part des revenus tirée d'activités remboursées par l'assurance maladie obligatoire. Cet article énumère ainsi les revenus qui seront inclus dans son assiette.

Il s'agit tout d'abord des dépassements mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 (dépassements autorisés pour les médecins et les chirurgiens-dentistes), au 18° de l'article L. 162-5 (dépassements autorisés pour certains médecins spécialistes pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins) et à l'article L. 162-5-13 (dépassements exceptionnels pour les bénéficiaires d'une CMU ou d'une aide au paiement d'une complémentaire santé en cas d'exigence particulière du patient).

Il s'agit ensuite des activités ne relevant pas du champ conventionnel à l'exception des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut leur rémunération (*cf. supra*), et de la participation à la permanence des soins (*cf. supra*).

Elle est enfin calculée et recouvrée dans les conditions prévues pour les cotisations d'assurance maladie et familiales des travailleurs indépendants.

Le Gouvernement justifie cette participation au financement du RSI en s'appuyant sur une décision du Conseil d'État relative à la cotisation sociale de solidarité⁽¹⁾. Il l'assimile ainsi à une imposition de toute nature n'ouvrant pas droit à prestation. Le relèvement du taux associé au resserrement de l'assiette devrait contribuer à maintenir le niveau actuel de la contribution des PAMC au RSI.

En définitive, les professionnels de santé devront s'acquitter *a minima* de la cotisation assise sur les revenus qu'ils tirent de leur activité professionnelle comme le prévoit l'article L. 722-4 et dont le taux sera aligné à terme sur celui du RSI (6,5 %). S'ils pratiquent des dépassements d'honoraires ou s'ils perçoivent des revenus ne relevant pas du champ conventionnel (hormis les exceptions précitées), ils seront également assujettis à la contribution assise sur ces revenus (3,25 %). Au total les professionnels de santé affiliés au PAMC pourraient contribuer jusqu'à hauteur de 9,75 %.

(1) CE SSR 1/4 6 octobre 1999, Caisse nationale d'assurance maladie de professions indépendantes, n° 200241.

D. LES DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Le **II** met en place des dispositions transitoires jusqu'à la signature des prochaines conventions fixant la participation financière de l'assurance maladie. Le choix a été fait de maintenir l'équilibre actuel qui prévoit un taux minimal de 0,1 % de cotisation d'assurance maladie, maternité et décès pour les affiliés au régime des PAMC. Cette participation est maintenue dans les mêmes proportions jusqu'au 1^{er} janvier 2018, date visée pour l'entrée en vigueur des prochaines conventions. En cas d'accord conclu à compter de la publication de la loi, il sera fait application des dispositions qu'elles contiendront.

Le **III** prévoit une entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} janvier 2016. Il s'appliquera aux cotisations versées à titre provisionnel pour 2016.

Rappelons que la contribution prévue aux 2^o du I est calculée et recouvrée dans les conditions prévues pour les cotisations d'assurance maladie et familiales des travailleurs indépendants. Il résulte de ces dispositions qu'elle est due annuellement⁽¹⁾ sur le revenu retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, c'est-à-dire ceux de l'année n-2⁽²⁾. Pour assurer un plein effet des dispositions au 1^{er} janvier 2016, il convient d'inclure la cotisation provisionnelle versée en 2016 dont le montant est en effet provisoirement déterminé au regard de la dernière déclaration de revenus, soit ceux de l'année 2014. Ce montant provisoire sera ensuite ajusté au regard des revenus effectivement perçus pour 2016.

Enfin, le dernier alinéa prévoit une mise en œuvre progressive du dispositif. Le taux de la cotisation instaurée au II sera d'abord fixé à 1,625 %.

Parallèlement, l'étude d'impact précise que le taux de la cotisation d'assurance maladie, maternité et décès sera fixé en 2016 à 8,15 % avant d'être portée à 6,5 % en 2017.

Il s'agit en effet de lisser l'impact de cette mesure sur l'ONDAM.

*

La Commission examine l'amendement AS96 de M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. L'article 52 prévoit la réduction des taux de cotisation des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, à savoir ceux qui ont validé leur intégration dans le secteur 1. Ils peuvent à ce titre bénéficier de compensations de leurs cotisations sociales par la caisse de l'assurance maladie. Ce n'est pas le cas pour les praticiens du secteur 2. Aussi la disposition proposée n'a-t-elle pas sa place dans le PLFSS, mais doit relever d'une négociation conventionnelle – c'est pourquoi nous demandons sa suppression. Voilà en tout

(1) Article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 131-6 du code de la sécurité sociale.

cas qui ne donne pas un très bon signe aux médecins du secteur 1 dont on connaît les inquiétudes.

M. Gérard Sebaoun. Notre collègue Door a assisté, comme moi, aux échanges de la commission avec M. Eckert et Mme Touraine : ils nous ont assuré que cette mesure ne changeait strictement rien pour les praticiens.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cet article n'est pas d'ordre conventionnel et relève bien du domaine de la loi de financement de la sécurité sociale. Il vise à réduire le taux de cotisation des affiliés au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) en l'alignant sur celui des bénéficiaires du RSI ; à instaurer une contribution au profit du RSI en modifiant son assiette pour les revenus ne relevant pas du conventionnel ; enfin à en modifier le taux – 3,25 % contre 0,1 %. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 52 sans modification.

Article 53

Fixation des dotations au FMESPP, l'ONIAM, l'EPRUS, et de la contribution de la CNSA aux ARS pour l'année 2016

Le présent article fixe les dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP, à l'ONIAM, à l'EPRUS et ainsi que la contribution de la CNSA aux ARS pour l'année 2016.

I. LE FONDS DE MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS

Le **I** de l'article fixe à 307 millions d'euros la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé public et privé (FMESPP) pour l'année 2016.

A. LE RÔLE DU FONDS

En vertu de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, succède au fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé (FMES) et reprend les créances et obligations du fonds pour la modernisation des cliniques privées. Il est intégré à l'ONDAM depuis 2006.

Le périmètre d'action du FMESPP a été redéfini par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, une partie des missions qu'il exerçait ayant été transférée au FIR.

L'action du FMESPP est désormais centrée sur le financement :

– de mesures nationales, en particulier les investissements de modernisation, de restructuration et de réorganisation de l'offre de soins ;

– de missions d'expertise au bénéfice des établissements de santé, confiées à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et depuis 2013 à l'agence des systèmes d'information partagés de la santé (ASIP).

Le FMESPP est régi par le décret n° 2013-1217 du 23 décembre 2013 qui en précise les missions et le champ d'intervention.

La gestion du FMESPP est confiée à la caisse des dépôts (CDC) qui en tient la comptabilité et procède aux paiements en faveur des établissements et des agences.

La participation de l'assurance maladie est versée au fonds par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) au nom de l'ensemble des régimes d'assurance maladie comme le prévoit l'article D. 178-1 du code de la sécurité sociale. Chaque régime obligatoire de base d'assurance maladie verse ensuite sa participation au financement du FMESPP à la CNAMTS selon des conditions fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

B. LA DOTATION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES D'ASSURANCE MALADIE À L'OFFICE

Le montant annuel du FMESPP est défini tous les ans, dans le cadre de la LFSS, en fonction des besoins de financement répondant aux missions du fonds.

Selon l'étude d'impact, l'évaluation des besoins de financement au titre du FMESPP a conduit à fixer le montant de la dotation pour l'année 2016 à hauteur de 307 millions d'euros.

La dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP couvre des opérations d'investissement des établissements de santé aussi bien que des actions de modernisation des établissements de santé. L'annexe 8 du projet de loi de financement précise les opérations couvertes par le fonds.

II. L'OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX

Le **II** fixe le montant global de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Office national d'indemnisation des

accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) à 87,5 millions d'euros pour 2016.

A. LE RÔLE DE L'OFFICE

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a créé un dispositif de règlement amiable des accidents médicaux qui repose sur l'ONIAM, établissement public administratif placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé dont le régime est fixé les articles L. 1142-22 et L. 1142-23 du code de la santé publique.

Il prend ainsi en charge :

– les frais de fonctionnement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, auxquelles il apporte son soutien technique et administratif afin de mettre en œuvre la procédure de règlement à l'amiable en cas d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales ;

– l'indemnisation due au titre de la solidarité nationale des victimes de ces accidents, affections et infections, lorsque ceux-ci ne sont pas imputables à une faute engageant la responsabilité d'un établissement ou d'un professionnel de santé.

Initialement circonscrite aux accidents médicaux, la mission d'indemnisation de l'office a été progressivement élargie à réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire, aux victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine⁽¹⁾, de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang⁽²⁾.

L'office est en outre chargé de faciliter et, s'il y a lieu, de procéder au règlement amiable des litiges relatifs aux dommages causés par le Benfluorex⁽³⁾. Les victimes sont indemnisées soit par le laboratoire en cause ou son assureur, soit par l'ONIAM lorsque la victime se voit refuser une offre d'indemnisation ou se voit proposer une offre insatisfaisante, l'ONIAM se retournant ensuite contre ce laboratoire ou cet assureur.

Notons que le projet de loi de modernisation du système de santé, actuellement en cours de navette, prévoit d'étendre la compétence de l'ONIAM pour les dommages imputables à des actes à finalité abortive ou contraceptive.

(1) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

(2) Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, modifiée par la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

(3) Article 57 de la loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011.

B. LA DOTATION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES D'ASSURANCE MALADIE À L'OFFICE

En application du 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, l'ONIAM est financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour sa mission d'indemnisation des accidents médicaux et des préjudices résultant de contaminations par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites B et C (VHB et VHC) et du virus T-lymphotropique humain (HTLV). Les missions de l'ONIAM, relatives aux accidents vaccinaux et les dommages consécutifs à des mesures sanitaires d'urgence et à la prise du Benfluorex sont financées par l'État.

Les dépenses pour 2016 à la charge de l'assurance maladie sont estimées à 120,5 millions d'euros dont :

- 92,4 millions d'euros au titre des indemnisations (dont dotations aux provisions) ;
- 6,5 millions d'euros de dépenses de personnel ;
- 3,5 millions d'euros de dépenses de fonctionnement ;
- 9,1 millions d'euros de frais d'avocats et d'expertises.

Les autres produits de l'office hors dotation de l'assurance maladie sont estimés pour 2016 à 27 millions d'euros.

L'ONIAM disposant d'une réserve qui s'élèvera à 41,6 millions d'euros à la fin 2015, la dotation de l'assurance maladie pour 2016 est fixée à 87,5 millions d'euros. Elle devrait permettre de couvrir les dépenses prévisionnelles relevant du champ du financement par l'assurance maladie et assurer à l'office une réserve prudentielle suffisante : 18,8 millions d'euros selon les estimations figurant à l'annexe 8 précitée.

III. L'ÉTABLISSEMENT DE PRÉPARATION ET D'URGENCE SANITAIRE

Le **III** du présent article propose de fixer à 15,2 millions d'euros la dotation pour 2016 de l'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

A. LE RÔLE DE L'ÉTABLISSEMENT

La loi du 5 mars 2007 relative à la préparation de système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, dont les dispositions sont codifiées à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique, a institué l'EPRUS. Son article 2 lui confère le statut d'un établissement public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre de la santé.

Ce statut permet à l'établissement de recevoir une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale. Les dépenses de l'EPRUS sont en outre financées par une subvention pour charges de service public versée par l'État.

L'article L. 3135-1 du code de la santé publique fixe les missions de l'établissement. Il s'agit principalement de gérer les moyens matériels et humains de réponse opérationnelle aux crises sanitaires. Il est ainsi chargé :

– d'assurer la gestion administrative et le financement de la réserve sanitaire instituée par l'article L. 3132-1 du code de la santé publique, issu de la loi précitée du 5 mars 2007 ; il s'agit d'un corps de professionnels et d'anciens professionnels de santé destinés à « *compléter, en cas d'événements excédant leurs moyens habituels, ceux mis en œuvre dans le cadre de leurs missions par les services de l'État, des collectivités territoriales et des autres personnes participant à des missions de sécurité civile* ». La charge du recrutement et de l'affectation de ces personnels auprès d'établissements de santé, de cabinets libéraux ou d'administrations est confiée au directeur de l'EPRUS ;

– de constituer le stock des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves, ainsi que de gérer et de veiller à l'accroissement de ce stock, il a ainsi pour mission, à la demande du ministre chargé de la santé, « *d'acquérir, de fabriquer, d'importer, de distribuer et d'exporter des produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves* » et de financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs ;

– de mener, toujours à la demande du ministre de la santé, ces mêmes actions pour des médicaments, des dispositifs médicaux ou des dispositifs de diagnostic *in vitro* « *répondant à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques, non couverts par ailleurs, qui font l'objet notamment d'une rupture ou d'une cessation de commercialisation, d'une production en quantité insuffisante ou lorsque toutes les formes nécessaires ne sont pas disponibles* ».

B. LA PARTICIPATION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES AU FINANCEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

En application de l'article L. 3135-4 du code de la sécurité sociale, les ressources de l'EPRUS comprennent une dotation annuelle des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est limité à 50 % des dépenses engagées par l'Établissement pour constituer des stocks de produits de santé nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves et pour financer des actions de prévention des risques sanitaires majeurs.

Le respect de ce plafond s'apprécie sur une période de trois années consécutives : en effet, la budgétisation est ajustée aux besoins de l'établissement évalués sur un plan triennal, dans une logique de lissage de la programmation, et

tient compte du niveau du fonds de roulement de l'établissement. L'année 2016 correspond à la première année d'exécution de la programmation 2016-2018.

Le présent article propose par conséquent de fixer cette dotation à 15,2 millions d'euros pour 2016.

L'étude d'impact précise que « *les dépenses prévisionnelles de l'établissement pharmaceutique pour 2016 sont estimées à hauteur de 34 millions d'euros* ». L'essentiel d'entre elles a vocation à couvrir l'acquisition de produits de santé (environ 27 millions d'euros). Le niveau de dotation de l'assurance maladie a été minoré « *pour tenir compte du taux de sous-exécution habituellement constaté en fin d'année pour l'établissement pharmaceutique (de l'ordre de 10 %)* ».

L'exposé des motifs de l'article indique enfin que cette dotation est présentée à titre conservatoire. En effet, le projet de loi de modernisation de notre système de santé, en cours de navette, institue une Agence nationale de santé publique résultant de la fusion de l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus). Cet établissement a vocation à reprendre l'ensemble des compétences et des pouvoirs exercés par les trois agences ainsi que leurs biens, personnels, droits et obligations. Elle a donc vocation à reprendre la dotation allouée à l'Eprus pour le financement des missions décrites ci-dessus.

IV. LA CONTRIBUTION DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE

Aux termes de l'article L. 1432-6 du code de la sécurité sociale, figurent dans la liste des ressources des agences régionales de santé les « *contributions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux* ». L'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, modifiant l'article précité du code de la santé publique, a permis à la CNSA de déléguer aux agences des crédits au titre d'actions de prise en charge et d'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées.

Le **IV** fixe le montant pour 2016 de la contribution de la CNSA à 117,17 millions d'euros. 85,14 millions d'euros seront consacrés aux maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA) ⁽¹⁾, soit un nouveau relèvement de 14 millions d'euros permettant le financement en année pleine des MAIA existantes et le financement de 50 nouvelles MAIA.

(1) Aux termes du projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement, en cours de navette, les MAIA sont désormais appelées « méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ».

*

La Commission adopte l'article 53 sans modification.

Article 54

Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2016

Cet article a pour objet de fixer, en application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, les montants des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès au titre de l'année 2016 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que pour le seul régime général.

I. L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE, MATERNITÉ, INVALIDITÉ ET DÉCÈS, DISTINCT DE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

L'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale prévoit, parmi les documents à joindre au projet de loi de financement de la sécurité sociale, une annexe « précisant le périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie » ainsi que « *les modalités de passage des objectifs de dépenses des différentes branches à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* » (ONDAM). C'est ce que fait l'annexe 7 du projet de loi. Il ressort bien de celle-ci que ces deux objectifs n'ont ni la même nature, ni le même périmètre.

• Un champ différent

Le champ des objectifs de dépenses de la branche maladie intègre des dépenses qui n'entrent pas dans le périmètre de l'ONDAM. C'est le cas des indemnités journalières d'assurance maternité et paternité, ou des prestations d'assurance invalidité et décès.

À l'inverse, le champ de l'ONDAM comprend des prestations et des charges qui relèvent de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et non de la branche maladie : les prestations en nature pour incapacité temporaire et les indemnités journalières liées aux accidents du travail.

Ainsi, l'ONDAM est un objectif interbranche, mais il n'intègre pas toutes les branches dans leur ensemble. L'annexe 7 rappelle d'ailleurs que le poids de l'ONDAM représente 30 % des charges de la branche AT-MP et 80 % des charges de la branche maladie.

• Une nature différente

L'objectif de dépenses de la branche maladie est défini en fonction de normes comptables, tandis que l'ONDAM constitue un concept économique.

En effet, l'ONDAM retrace, en droits constatés, l'ensemble des dépenses prévisionnelles au titre d'une année, calculées sur la base de l'ONDAM de l'année précédente, puis régulièrement réévaluées au cours de l'année suivante. La construction de l'ONDAM pour une année n prend comme base une estimation des dépenses de soins de l'année $n - 1$ à partir des données disponibles en septembre. Elle repose sur une prévision du rythme de progression spontanée des dépenses de santé et tient compte des conséquences financières des mesures d'économies envisagées.

L'ONDAM de l'année n est donc réévalué régulièrement, dès que les données relatives aux dépenses de soins en droits constatés de l'année $n - 1$ sont connues et que celles relatives aux premiers mois de l'année n peuvent être consolidées.

En revanche, les dépenses de la branche maladie pour l'année sont arrêtées une fois pour toutes lors de la clôture des comptes annuels. Des dotations pour provisions sont inscrites en compte pour retracer, sur la base de prévisions, les dépenses dues au titre d'un exercice annuel mais pas encore facturées au 31 décembre, mais elles ne sont pas réévaluées lorsque le montant exact des dépenses concernées est connu.

Par ailleurs, les objectifs de dépenses de la branche maladie sont établis soit pour le régime général seul, soit par addition des objectifs des différents régimes obligatoires de base. À l'inverse, l'ONDAM est construit d'emblée comme un objectif inter-régimes.

II. L'ÉVOLUTION DES COMPOSANTES DE L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE

Du fait de leurs champs différents, l'ONDAM et l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès suivent des rythmes de progression différents.

En 2016, les charges de l'assurance-maladie sont amenées à croître, de manière importante pour les prestations relevant du champ de l'ONDAM.

• Un ONDAM 2016 exigeant dont la réalisation suppose le respect du programme d'économies

Pour 2016, l'article 55 du projet de loi de financement de la sécurité sociale fixe l'ONDAM à 185,2 milliards d'euros, soit une progression de 1,75 % par rapport à la prévision d'exécution de l'ONDAM 2015. Sans mesures nouvelles, les prestations du champ de l'ONDAM connaîtraient une évolution tendancielle estimée à 3,6 %.

Cette forte progression s'explique notamment par le dynamisme des dépenses de soins de villes (+ 4,4 %).

Afin de réaliser les 3,4 milliards d'euros d'économies qui permettront de respecter l'objectif fixé dans le PLFSS 2016, diverses mesures sont proposées, rassemblées en quatre programmes :

- renforcer l'efficacité de la dépense hospitalière (690 M€) ;
- poursuivre la mise en œuvre du virage ambulatoire et améliorer l'adéquation de la prise en charge en établissement (465 M€) ;
- améliorer la régulation des produits de santé et promouvoir les génériques (1 045 M€) ;
- renforcer la pertinence et le bon usage des soins (1 210 M€).

• **Des charges de la CNAM dynamiques**

Selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, les prestations hors ONDAM dynamiques en 2015, accuseraient un ralentissement (1,4 %) en raison d'une baisse des prestations médico-sociales à la charge de l'État

• **L'adossement du RSI au régime général : de lourdes conséquences sur les charges de transfert**

En 2016, l'adossement du RSI au régime général pèserait lourdement sur les charges de transfert de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Globalement, l'intégration du RSI devrait contribuer pour 1,2 milliard d'euros à la croissance des charges. Cette opération s'est toutefois accompagnée d'une affectation supplémentaire de recettes qui en neutralise les effets.

« Dans le cadre de la mise en œuvre du pacte de responsabilité et de solidarité, le gouvernement a annoncé en avril 2014 la suppression progressive de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S). Cette contribution, correspondant à 0,16 % du chiffre d'affaires, est acquittée par les entreprises réalisant un chiffre d'affaires supérieur à 760 000 euros et contribue au financement du régime de protection sociale des travailleurs indépendants (RSI) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

La loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 (LFRSS) a engagé la première étape de la disparition de la C3S, avec un abattement d'assiette permettant d'exclure une partie des entreprises assujetties du dispositif (pour un coût de 1 milliard d'euros).

Par ailleurs, afin de garantir la pérennité du financement du RSI, qui était le principal affectataire de la C3S, il a été décidé de procéder, dans le cadre de la LFRSS pour 2014, à son intégration au sein du régime général des salariés : les déficits de ses branches vieillesse et maladie de base feront ainsi l'objet d'une dotation d'équilibrage des branches correspondantes du régime général (CNAV et CNAM). »

Source : Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 (n° 2252), tome II, Assurance maladie, session 2014-2015, XIV^e législature.

III. FIXATION DES OBJECTIFS DE DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE, MATERNITÉ, INVALIDITÉ ET DÉCÈS

Le régime général de la sécurité sociale couvre l'ensemble des salariés du secteur privé et, selon les risques, d'autres populations (fonctionnaires titulaires, étudiants, salariés des régimes spéciaux, praticiens et auxiliaires médicaux,...). Il existe, outre ce régime général, une multiplicité d'autres régimes de base, auxquels sont rattachées diverses populations, et qui gèrent une ou plusieurs branches de la sécurité sociale. La branche maladie est éclatée en treize régimes, en plus du régime général.

Le présent article propose de fixer les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2016 :

– à 201,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;

– à 177,9 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

*

La Commission adopte l'article 54 sans modification.

Article 55

ONDAM et sous-ONDAM pour 2016

Cet article a pour objet de déterminer, conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le montant de l'objectif national de dépenses

d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année à venir, ainsi que ses sous-objectifs.

I. MONTANT ET CONSTRUCTION DE L'OBJECTIF 2015

Le montant de l'ONDAM pour 2016 est fixé à 185,2 milliards d'euros, à comparer au montant de 182,3 milliards d'euros en 2015. Après un taux de progression de 2,1 % en 2015, l'évolution de l'ONDAM 2016 au regard des dépenses prévisionnelles pour 2015 se caractérise par un niveau « historiquement contraignant » : il s'établit ainsi à 1,75 %.

On notera à cet égard que la progression de l'ONDAM pour 2016 est plus mesurée que ce qui avait été prévu dans le cadre de l'évolution programmée des dépenses publiques, telle qu'elle figure à l'article 9 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017.

MONTANT DE L'ONDAM À PÉRIMÈTRE CONSTANT POUR LA PÉRIODE 2012-2017

(en milliards d'euros)

2012	2013	2014	2015	2016	2017
170,8	175,4	180,0	184,5	189,1	193,8

Le respect de l'ONDAM en 2016 nécessitera ainsi la réalisation de nouvelles mesures d'économies avec le concours de l'ensemble des professionnels et établissements de santé sans diminuer pour autant la qualité des soins.

A. LA BASE DE CONSTRUCTION DE L'OBJECTIF

Rappelons à titre liminaire que la construction de l'ONDAM comporte plusieurs étapes : elle englobe tout d'abord le montant de dépenses arrêté pour l'année en cours, réactualisé en fonction des dernières prévisions et rectifié en fonction des éventuels changements de périmètre. Elle tient compte ensuite des évolutions tendancielle puis intègre le montant d'économies nécessaire pour atteindre le taux d'évolution cible des dépenses soumis au Parlement.

- La construction des bases de l'ONDAM pour 2016 part ainsi d'un montant global de dépenses pour 2015 estimé par la commission des comptes de la sécurité sociale à 181,9 milliards d'euros. Il intègre ensuite les différentes modifications de périmètre qui représentent 80 millions d'euros et qui sont détaillées dans l'annexe 7 du projet de loi de financement.

B. L'ÉVOLUTION TENDANCIELLE DE L'OBJECTIF

Pour 2016, l'évolution tendancielle de l'ONDAM est estimée à 3,6 %. Cette estimation repose sur les hypothèses de taux de croissance des différentes composantes de l'objectif global et de leur poids respectif.

● Pour les soins de ville, le taux d'évolution des dépenses avant économies nouvelles est estimé à 4,4 % pour l'ensemble des régimes. Ce taux recouvre à la fois l'évolution spontanée des dépenses de soins de ville et l'anticipation des mesures coûteuses pour l'assurance maladie.

Ainsi, à une croissance spontanée de 4,2 % s'ajoutent :

– les effets report sur 2016 des mesures d'économies et de coûts mises en œuvre au cours de l'année 2015. Ces effets sont évalués à environ - 20 millions d'euros ;

– les revalorisations et provisions pour risques afférentes aux mesures prenant effet en 2016. Il s'agit notamment de revalorisations pour les taxis sanitaires qui voient leur tarif augmenter chaque année au 1^{er} janvier. Des montants sont également provisionnés pour des prises en charge de cotisations des professionnels de santé ou des mesures entrant dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

● Le taux d'évolution des dépenses afférentes aux établissements de santé s'établit à 3 %. Cette estimation s'inscrit dans le prolongement de l'évolution observée les années précédentes et prend en compte les dépenses inéluctables (charges supplémentaires liées à la hausse de l'activité, glissement vieillesse technicité, hausse de la liste en sus, poursuite de la réforme des catégories C, etc.).

● La contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissement et services médico-sociaux devrait connaître une hausse tendancielle de 2,1 %. Le taux d'évolution de la contribution de l'assurance maladie s'élève à 1,9 %, le financement restant (160 millions d'euros) provenant des ressources propres de la CNSA. Ce taux de croissance traduit un effort d'environ 340 millions d'euros pour la prise en charge des personnes âgées et handicapées de la part de l'assurance maladie.

● L'évolution des dépenses du sous-objectif relatif au FIR est estimée à 1 %.

Enfin, les « *autres prises en charge* », qui correspondent aux soins délivrés à l'étranger et aux établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés particulières, voient leur taux d'évolution progresser à 4,6 %.

Les dépenses du champ de l'ONDAM progressant de 3,6 % en 2016, le respect d'un objectif de dépenses en hausse de 1,75 % implique des mesures d'économie à hauteur de 3,4 milliards d'euros.

C. LES MESURES D'ÉCONOMIES

Dans le cadre de la stratégie globale des finances publiques, l'ONDAM doit voir son taux d'évolution abaissé à 2 % en moyenne sur la période

2015-2017, soit un effort global d'économie de 10 milliards d'euros sur trois ans. En 2016, les dépenses dans le champ de l'ONDAM devront être contenues à une évolution de 1,75 % par rapport à l'objectif 2015. Par ailleurs, une mise en réserve de dotations, pour un montant au moins égal à 0,3 % de l'ONDAM voté, sera mise en œuvre.

La construction de l'ONDAM pour 2016 est bâtie sur un plan d'économie de 3,4 milliards d'euros reposant sur quatre leviers :

- renforcer l'efficacité de la dépense hospitalière (690 M€) ;
- poursuivre la mise en œuvre du virage ambulatoire et améliorer l'adéquation de la prise en charge en établissement (465 M€) ;
- améliorer la régulation des produits de santé et promouvoir les génériques (1 045 M€) ;
- renforcer la pertinence et le bon usage des soins (1 210 M€).

Le détail de ces mesures est présenté dans l'annexe 9 du projet de loi de financement.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES MESURES D'ÉCONOMIES RELATIVES À L'ONDAM 2016

(en millions d'euros)

	PLFSS 2016
Efficacité de la dépense hospitalière	690
Optimisation des achats et fonctions logistiques	420
Optimisation des dépenses des établissements	65
Liste en sus	205
Tarifcation des plasmas thérapeutiques	0
Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement	465
Développement de la chirurgie ambulatoire	160
Réduction des inadéquations hospitalières	145
Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD	160
Produits de santé et promotion des génériques	1045
Baisse de prix des médicaments	550
Promotion et développement des génériques	395
Biosimilaires	30
Tarifs des dispositifs médicaux	70
Pertinence et bon usage des soins	1210
Baisse des tarifs des professionnels libéraux	125
Actions de maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments	400
Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses	100
Maîtrise médicalisée hors médicament	315
Mise en œuvre des réévaluations de la HAS	–
Lutte contre la fraude	–
Réforme des cotisations des professionnels de santé	270

Source : annexe 9 des projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

II. VENTILATION EN SOUS-OBJECTIFS

Conformément à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le projet de loi décompose l'ONDAM pour l'année à venir en sous-objectifs dont le nombre ne peut être inférieur à cinq, la définition des composantes des sous-objectifs étant d'initiative gouvernementale. L'article 55 propose de ventiler l'ONDAM en sept sous-objectifs sectoriels, présentés dans le tableau ci-après.

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	84,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	58,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,7
Total	185,2

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Si le montant de l'objectif national progresse de 1,75 %, ses composantes accusent des progressions marquées par une certaine hétérogénéité comme le révèle le tableau suivant.

MONTANTS ET TAUX D'ÉVOLUTION DE L'ONDAM 2016

(en milliards d'euros)

	Base 2016	Taux d'évolution (%)	Sous-objectifs
ONDAM TOTAL	182,0	1,75	185,2
Soins de ville	82,9	1,7	84,3
Établissements de santé	76,6	1,75	77,9
Établissements et services médico-sociaux	17,8	1,9	18,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,1	1,0	3,1
Autres prises en charge	1,6	4,6	1,7

Source : annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Dans son avis rendu public le 6 octobre 2015, le comité d'alerte estime que « le programme d'économie annoncé doit pouvoir être réalisé et ne formule pas de réserve sur l'objectif fixé ». Il relève toutefois que « le bouleversement des prises en charge lié aux thérapies ciblées et à l'immunothérapie fait peser des risques ».

*

La Commission adopte l'article 55 sans modification.

ANNEXE :
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Table ronde sur le thème des transports de patients :**
- **Chambre nationale des services d’ambulances (CNSA) – M. François Bonnet**, secrétaire national, et **M. Marc Basset**, conseiller économique KPMG
 - **Fédération française des taxis de province (FFTP) – M. Tony Bordenave**, président, et **M. Bernard Omnes**, vice-président
 - **Fédération nationale des artisans ambulanciers (FNAA) – M. Jean-Claude Maksymiuk**, président, et **M. Serge Beaujean**, secrétaire
 - **Fédération nationale des ambulanciers privés (FNAP) – M. Bernard Pelletier**, président et **M. Michel Lecousin**, vice-président
 - **Fédération nationale des artisans du taxi (FNAT) – M. Michel Gougeon**, président, **M. Christian Labesque**, vice-président
 - **Fédération nationale du taxi (FNDT) – M. Frédéric Guenou**, vice-président, et **M. Christophe Van Lierde**, vice-président chargé de la communication
 - **Fédération nationale des sapeurs-pompiers de France (FNSPF) – Médecin-colonel Patrick Hertgen**, vice-président
 - **Fédération nationale des taxis indépendants (FNTI) – M. Gregorio Roberti**, premier vice-président et membre de la commission des affaires sociales, et **M. Jean-Claude Guerneve**, administrateur et membre de la commission des affaires sociales
 - **Fédération nationale des transporteurs sanitaires (FNST) – M. Thierry Schifano**, président, et **M. Jean-Yves Moine**, secrétaire général
 - **Service d’aide médicale urgente (SAMU) – M. François Braun**, président
 - **Union nationale des taxis (UNT) – M. Alain Griset**, président
- **Haute Autorité de santé (HAS) – Pr Jean-Luc Harousseau**, président, et **M. Dominique Maigne**, directeur
- **Union nationale des professions de santé (UNPS) – M. Jacques Le Voyer**, trésorier général, **M. Tristan Marechal**, vice-président, et **M. Bruno Salomon**, vice-président

- **Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM)** – **M. Éric Le Roy**, directeur général, et **M. François-Régis Moulines**, directeur des affaires gouvernementales et de la communication
- **Table ronde réunissant des médecins :**
 - **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)** – **Dr Gérard Galliot**, membre du bureau national
 - **Syndicat des médecins généralistes (MG France)** – **Dr Bernard Plédran**, trésorier
 - **Syndicat des médecins libéraux (SML)** – **M. Éric Henry**, président
- **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – **M. Dominique Giorgi**, président
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **M. Gérard Vincent**, délégué général, **M. Cédric Arcos**, directeur de cabinet, **M. Yves Gaubert**, responsable du pôle finances, et **Mme Charlotte Cardin**, chargée de mission
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)** – **M. Yves-Jean Dupuis**, directeur général, et **M. David Causse**, directeur du secteur sanitaire
- **Table ronde sur le thème du médicament :**
 - **Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA)** – **M. Pascal Brossard**, président, et **Mme Daphné Lecomte-Somaggo**, déléguée générale
 - **Générique même médicament (GEMME)** – **M. Erick Roche**, président, **Mme Catherine Bourrienne-Bautista**, déléguée générale, et **M. Frédéric Girard**, vice-président Biosimilaires
 - **Les entreprises du médicament (LEEM)** (*) – **M. Patrick Errard**, président, **M. Philippe Lamoureux**, directeur général, **Mme Clémentine Body**, responsable des études économiques et statistiques, et **Mme Muriel Carroll**, directeur des affaires publiques
- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)** (*) – **M. Lamine Gharbi**, président, **Mme Elisabeth Tomé-Gertheinrichs**, déléguée générale, et **Mme Béatrice Noellec**, directrice des relations institutionnelles
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – **M. Nicolas Revel**, directeur général, **Mme Mathilde Lignot Leloup**, directrice de la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, et **Mme Véronika Levendof**, responsable du département juridique
- **Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)** – **M. Jean-Paul Lacam**, délégué général, **Mme Evelyne Guillet**, directrice Santé, et **Mme Miriana Clerc**, directrice Communication et relations extérieures

- **Table ronde réunissant des syndicats d'étudiants en médecine**
 - **Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)** – **M. Sébastien Foucher**, président, et **M. Maxime Rifad**, vice-président chargé des perspectives professionnelles
 - **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-IMG)** – **M. Trystan Bacon**, président, **Mme Agathe Pesci**, secrétaire générale, et **Mme Alice Maudet**, trésorière
- **Fédération nationale de la Mutualité Française** – **M. Stéphane Junique**, vice-président, **M. Jean-Martin Cohen Solal**, délégué général, **Mme Isabelle Millet-Caurier**, directrice des affaires publiques, et **M. Olivier Bachellery**, directeur adjoint à la direction de la santé
- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** – **M. Pierre François**, vice-président Santé de la commission des assurances de personne de l'Association française de l'assurance (AFA), **Mme Véronique Cazals**, directrice santé, et **M. Jean-Paul Laborde**, directeur des affaires parlementaires
- **Collège des directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS)** – **Dr Jean-Yves Grall**, président, et **Mme Aurélie Jaulin**, stagiaire
- **Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)** – **M. Fabrice Henry**, président, **M. Éric Badonnel**, secrétaire général administratif, **Mme Marianne Bye**, représentant la Fédération nationale de la Mutualité française, **M. Norbert Bontemps**, représentant la Fédération française des sociétés d'assurance, et **Mme Evelyne Guillet**, représentant le Centre technique des institutions de prévoyance
- **Audition commune :**
 - **Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes – Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **M. Jean Debeauvais**, directeur général, et **Mme Sandrine Billet**, adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins
 - **Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes – Direction générale de la santé (DGS)** – **Mme Laurence Caté**, adjointe à la sous-directrice de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, et **Mme Simona Tausan**, médecin-inspecteur de santé publique, chargée de dossier
 - **Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes – Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **M. Thomas Fatome**, directeur, et **M. Damien Vergé**, sous-directeur adjoint du financement du système de soins

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LA RAPPORTEURE

- **Union nationale des pharmacies de France (UNPF) – M. Jean-Luc Fournival**, président, et **M. François-Xavier Franchaud**, président de l'UNPF-Aquitaine
- **Syndicat des soins de suite et de réadaptation (FHP- SSR) – Dr Gabriel Bossy**, président, et **M. Gauvain Leclerc**

* *Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de l'Assemblée nationale, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*