

Le 20 novembre 2012

*Commission des affaires sociales*

**Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 n° 415  
(nouvelle lecture)**

**Amendements reçus par la commission**

**Liasse 2/2**

*Les rapporteurs ne sont pas soumis à délai de dépôt*

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	58	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC, ~~Patrick HENZEL~~, Valérie BOYER, ~~Patrick~~  
~~VERCHERRE~~, Philippe VITTE

### ARTICLE 37

À l'alinéa 1, substituer au mot :

« huit »

le mot :

« six ».

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Les expérimentations relatives à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ont été instituées par l'article 44 de la LFSS pour 2008, dont l'arrêt était initialement programmé au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

Même si elles ont commencé tardivement, il semble difficilement acceptable de repousser de plus d'une année leur échéance au seul motif que les ARS ne seraient pas en mesure de tirer un bilan de ces expérimentations et, le cas échéant, de faire évoluer le nouveau dispositif de PDSA.

Dans la mesure où le législateur estime que la PDSA est un sujet prioritaire, les ARS se doivent d'effectuer les travaux nécessaires, dans des délais plus compatibles avec les attentes de la population.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ  
SOCIALE POUR 2013  
NOUVELLE LECTURE (N°415)

Amendement présenté par M Christian Paul, rapporteur pour  
l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies  
professionnelles

AS	145	
----	-----	--

Article 38

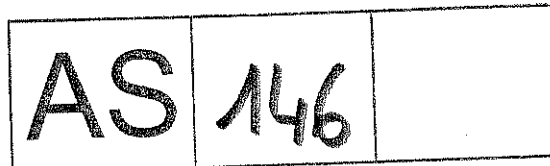
Aux alinéas 1 et 5, après le mot « territoires », supprimer les mots  
« de santé »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cohérence rédactionnelle.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ  
SOCIALE POUR 2013  
NOUVELLE LECTURE (N°415)

Amendement présenté par M Christian Paul, rapporteur pour  
l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies  
professionnelles



Article 40

1° A l'alinéa 2, substituer aux mots : « médecin généraliste de plein exercice » les mots : « médecin spécialisé en médecine générale » et aux mots : « à la condition qu'il n'ait jamais été inscrit auprès du conseil de l'ordre comme médecin installé en exercice libéral » les mots : « à la condition qu'il n'exerce pas d'activité médicale libérale ou que son installation en cabinet libéral date de moins d'un an, » ;

2° Supprimer la dernière phrase de l'alinéa 3 ;

3° Substituer à l'alinéa 4 l'alinéa suivant :

« Un décret en Conseil <sup>d'Etat</sup> précise les conditions d'application du présent article. »

4° A l'alinéa 10, après le mot : « établissement » insérer les mots : « de santé » ;

5° Compléter les alinéas 8, 10, 12 et 14, par la phrase :

« Ce contrat peut préciser les conditions d'indemnisation des sujétions des praticiens des établissements concernés. »

6° Supprimer la seconde phrase des alinéas 9, 11, 13 et 15 ~~est supprimée~~

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement traduit tout d'abord la volonté d'ouvrir le dispositif du praticien territorial de médecine générale aux médecins non encore installés en libéral mais souhaite également maintenir le bénéfice de

cette mesure aux jeunes médecins installés depuis moins d'un an en libéral. Il existe une vraie cohérence à ouvrir cette mesure sur ces deux volets.

Par ailleurs, il est préférable d'indiquer que le dispositif est ouvert aux « médecins spécialisés en médecine générale » car d'une part la médecine générale constitue une spécialité médicale.

Il prévoit enfin des coordinations rédactionnelles.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013 (N° 415)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance  
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 41



À la première phrase de l'alinéa 6, substituer à la référence :

« V »,

la référence :

« IV ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à intégrer les actions relatives au suivi sanitaire et social des personnes âgées mises en œuvre dans le cadre de l'expérimentation des parcours de santé (prévues au IV du présent article) dans les dépenses prises en charge par le fonds d'intervention régional (FIR).

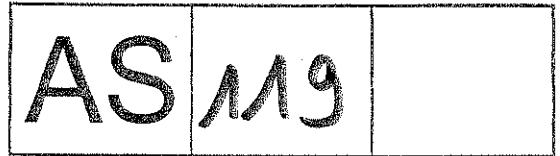
Il propose en revanche que les dépenses d'évaluation (mentionnées au V) soient financées au niveau national et soient donc exclues du financement par le FIR.

Cet amendement reprend un amendement déposé au Sénat par le Gouvernement (n° 404).

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013 (N° 415)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance  
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 41



À la première phrase de l'alinéa 7, après le mot : « éclairé », substituer au mot :

« des personnes »,

les mots :

« de chaque personne ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013 (N° 415)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance  
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 41

AS	120	
----	-----	--

À l'antépénultième phrase de l'alinéa 7, supprimer les mots :

« dans ces conditions ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Suppression d'une précision inutile.



# PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013 (N° 415)

**Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour  
l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies  
professionnelles**

*Article 42 bis*



Supprimer cet article.

## EXPOSÉ SOMMAIRE

Il est apparu nécessaire à l'Assemblée nationale et à la commission des affaires sociales d'améliorer le cadre de l'activité libérale au sein des hôpitaux publics dès le début de cette législature.

Le présent amendement vise à supprimer l'article 42 bis issu d'un amendement de la commission des affaires sociales, adopté en première lecture, afin de mieux encadrer l'exercice libéral à l'hôpital et de limiter les dépassements d'honoraires perçus à cette occasion.

**En effet, il est souhaitable pour atteindre ces objectifs communément admis qu'un texte législatif de portée plus complète puisse fixer un cadre global et efficace. À cet effet, une proposition de loi sera élaborée et déposée avant l'été 2013.**

L'article 42 bis, adopté à l'initiative de votre rapporteur, exprime la conviction profonde et toujours intacte que la loi doit être respectée et que les abus commis par une petite minorité de praticiens ne peuvent être tolérés. Ils rejaillissent sur la pratique et la réputation de leurs collègues qui, eux, exercent leurs activités, publique comme libérale, dans le respect du cadre légal applicable.

L'adoption de l'article 42 bis a coïncidé, d'une part, avec l'aboutissement des négociations sur les dépassements d'honoraires entre les représentants des médecins et l'assurance maladie et la signature de l'avenant 8

et, d'autre part, avec le lancement, par la ministre de la santé, d'une mission spécifique sur l'exercice libéral à l'hôpital public, confiée à Mme Dominique Laurent, conseillère d'Etat. Cette mission a vocation à examiner l'ensemble des conditions dans lesquelles les praticiens peuvent aujourd'hui exercer une activité libérale à l'hôpital et assurer la transposition de l'avenant 8 (critères d'autorisation, modalités de contrôle, application des conventions de l'assurance maladie, *etc.*).

Avant comme après le vote en 1<sup>ère</sup> lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale par l'Assemblée nationale, de multiples consultations ont été menées, pour rechercher d'éventuelles améliorations susceptibles d'aboutir à un cadre de règles qui permette de concilier le souhait d'une meilleure régulation exprimée par les députés et les différents éléments qui marquent la vie quotidienne et la situation actuelle du système hospitalier français.

Au total, il apparaît clairement que plusieurs mesures à caractère législatif s'avéreront utiles pour un encadrement respectant les objectifs d'intérêt général désignés plus haut, pour assurer la pleine et entière application de l'avenant 8 aux praticiens ayant une activité libérale à l'hôpital, et pour renforcer le contrôle du respect des conditions dans lesquelles cette activité est autorisée, objectif auquel la majorité ne saurait renoncer.

Il en est ainsi, à titre d'exemple :

- de l'accès dans les conditions de confidentialité requise aux bases d'information de l'assurance maladie, afin d'assurer la transparence nécessaire à une connaissance précise des tarifs pratiqués, de la nature et du volume des actes, et la part respective des activités publique et privée des praticiens.
- du circuit d'analyse des pratiques et de décision. La création d'une commission indépendante et pluraliste, placée auprès des directeurs généraux des ARS, pourrait être décidée afin de permettre une application des règles en vigueur, aujourd'hui inégalement respectées.
- des sanctions ou pénalités nécessaires pour mieux prévenir les comportements abusifs. Rappelons que l'avenant 8 prévoit, lui, une sanction en cas de dépassements d'honoraires abusifs sous la forme d'un déconventionnement, avec toutes ses conséquences.

En effet, des dispositions législatives seront en tout état de cause nécessaires pour assurer la pleine et entière application de l'avenant 8 aux praticiens ayant une activité libérale à l'hôpital, mais également pour renforcer le contrôle du respect des conditions dans lesquelles cette activité est autorisée, objectif auquel la majorité ne renoncera pas.

**C'est pourquoi une proposition de loi ad-hoc sera déposée dès que les conclusions de la mission Laurent seront connues, au plus tard avant la fin du premier semestre de l'année 2013.**

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	59	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC, ~~Patrick HETZEL~~

### ARTICLE 43

Supprimer cet article

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article apporte une mauvaise réponse à un vrai sujet, à savoir une réponse financière alors que la priorité devrait être à l'information et à l'éducation à la sexualité et à l'accompagnement des personnes en difficultés.

Le rapport Igas de 2009 ne préconise pas une prise en charge à 100 % mais recommande une amélioration de l'information et de la communication notamment en direction des publics précaires.

Cet article va conduire à une banalisation de l'IVG alors qu'elle doit rester, dans l'intérêt même des femmes, une solution ultime.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013  
NOUVELLE LECTURE  
(N° 415)

Amendement présenté par Mme Catherine Lemorton,

AS	108	
----	-----	--

—  
*Article 43 ter*

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

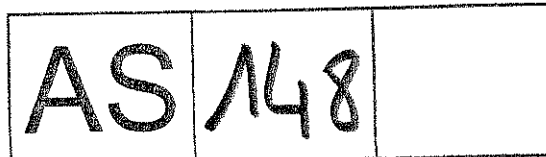
Il apparaît que cet article créerait un certain nombre de difficultés pour les services de biologie médicale des hôpitaux publics, notamment lorsqu'ils réalisent des actes hors nomenclature qui sont pourtant la base de leurs activités innovantes.

C'est pourquoi, il apparaît préférable de renvoyer le débat sur cette question dans le cadre d'une discussion plus globale sur la réforme de l'ordonnance de 2010 sur la biologie médicale.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ  
SOCIALE POUR 2013  
NOUVELLE LECTURE (N°415)

Amendement présenté par M Christian Paul, rapporteur pour  
l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies  
professionnelles

Article 43 sexies



I. – A la première phrase du 1<sup>er</sup> alinéa, substituer aux mots : « les étudiants bénéficiant d'un contrat d'assurance complémentaire en santé de trois villes universitaires affiliés au régime général à ce titre », les mots : « les élèves et étudiants affiliés aux assurances sociales au titre de l'article L. 381-4 du code de la sécurité sociale ainsi que ceux entrant dans le champ d'application du deuxième alinéa de l'article L. 381-9 du même code, bénéficiant d'un contrat d'assurance complémentaire en santé et inscrits dans un établissement d'enseignement supérieur situé dans une des villes dont la liste est fixée par décret »;

II. – Après le premier alinéa, insérer l'alinéa suivant :

« Cette expérimentation peut également porter sur la dispense d'avance de frais pour la seule part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie et maternité, lorsque les élèves et étudiants mentionnés au premier alinéa ne bénéficient pas d'un contrat d'assurance complémentaire en santé. »

III. – Rédiger ainsi l'alinéa 2 :

« Les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation sont déterminées par décret. »

IV. – A l'alinéa 4, avant les mots : « des expérimentations peuvent être menées », insérer les mots : « A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013 et pour une durée n'excédant pas trois ans, » et substituer aux mots : « signataires du contrat-type mentionné à l'article L. 162-14-1 », les mots : « signataires d'un contrat conforme au contrat-type mentionné au II de l'article L. 162-14-1 ».

V. — Après l'alinéa 4, insérer l'alinéa :

« Cette expérimentation peut également porter sur la dispense d'avance de frais pour la seule part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie et maternité pour les patients des maisons, centres et professionnels de santé mentionnés au premier alinéa qui ne bénéficient pas d'un contrat d'assurance complémentaire en santé. »

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à clarifier le champ de l'expérimentation en précisant les étudiants ou structures concernées. Il précise également que l'expérimentation du tiers-payant pourra concerner, pour la seule part prise en charge par les régimes obligatoires, les dépenses de soins des assurés qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire en santé.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT  
Présenté par Arnaud Robinet

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

----

### ARTICLE 44

~~(Article L. 5122-6 du code de la santé publique)~~

Supprimer les alinéas 1 à 4

### EXPOSE SOMMAIRE

Le secteur des produits d'automédication ne représente en France en 2011 que 6,4% du marché des médicaments contre une moyenne de 10,4% dans l'Union Européenne, classant notre pays en avant-dernière position. La France doit rattraper son retard avec une politique d'automédication responsable et adaptée à certaines pathologies, qui reposerait sur les conseils du pharmacien d'officine, en toute sécurité pour les patients. L'automédication est également un des facteurs de régulation importants du système de soins.

L'interdiction proposée par le I. et le II. de l'article 44 risque d'entraver l'essor de l'automédication en limitant l'usage de la publicité grand public. C'est pourquoi, il est proposé de les supprimer.



# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

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

Présenté par Dominique TIAN, Jean-Claude BOUCHET

#### ARTICLE 44

Supprimer les alinéas 1 à 4

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Le secteur des produits d'automédication ne représente en France en 2011 que 6,4% du marché des médicaments contre une moyenne de 10,4% dans l'Union Européenne, classant notre pays en avant-dernière position. La France doit rattraper son retard avec une politique d'automédication responsable et adaptée à certaines pathologies, qui reposerait sur les conseils du pharmacien d'officine, en toute sécurité pour les patients. L'automédication est également un des facteurs de régulation importants du système de soins.

L'interdiction proposée par le I. et le II. de l'article 44 risque d'entraver l'essor de l'automédication en limitant l'usage de la publicité grand public. C'est pourquoi, il est proposé de les supprimer.

ASSEMBLEE NATIONALE

---

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT  
Présenté par Arnaud Robinet

AS	23	
----	----	--

----  
ARTICLE 44

(Article L. 5122-6 du code de la santé publique)

*Compléter*  
~~Rédiger ainsi~~ l'alinéa 2 par les mots :

« et que sa marque ou son nom de fantaisie ne crée pas de confusion avec ceux d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie ».

EXPOSE SOMMAIRE

L'article R 5121-3 du Code de la Santé Publique établit clairement les règles qui doivent prévaloir pour le choix d'un nom de fantaisie d'une spécialité pharmaceutique : sans préjudice de l'application de la législation relative aux marques de fabrique, de commerce et de service, le nom de fantaisie est choisi de façon à éviter toute confusion avec d'autres médicaments et ne pas induire en erreur sur la qualité ou les propriétés de la spécialité.

L'article R 5121-3 se fonde sur le risque de confusion avec un autre médicament qui intègre donc logiquement la notion de ressemblance de dénomination.

Il s'agit donc d'un amendement rédactionnel précisant la notion de dénomination et qui, tout en maintenant l'objet initial de la disposition, permet d'être cohérent avec la réglementation existante et plus en conformité avec le principe de clarté de la loi.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	60	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Jean-Claude BOUCHET

#### ARTICLE 44

Compléter  
~~Rédiger ainsi~~ l'alinéa 2 par les mots :

« et que sa marque ou son nom de fantaisie ne crée pas de confusion avec ceux d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie ».

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article R 5121-3 du Code de la Santé Publique établit clairement les règles qui doivent prévaloir pour le choix d'un nom de fantaisie d'une spécialité pharmaceutique : *sans préjudice de l'application de la législation relative aux marques de fabrique, de commerce et de service, le nom de fantaisie est choisi de façon à éviter toute confusion avec d'autres médicaments et ne pas induire en erreur sur la qualité ou les propriétés de la spécialité.*

L'article R 5121-3 se fonde sur le risque de confusion avec un autre médicament qui intègre donc logiquement la notion de ressemblance de dénomination.

Il s'agit donc d'un amendement rédactionnel précisant la notion de dénomination et qui, tout en maintenant l'objet initial de la disposition, permet d'être cohérent avec la réglementation existante et plus en conformité avec le principe de clarté de la loi.

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT  
Présenté par Arnaud Robinet

AS	24	
----	----	--

-----  
**ARTICLE 44**

~~(Article L. 5122-6 du code de la santé publique)~~

Rédiger ainsi le 4ème alinéa :

« 4° dont la marque ou le nom de fantaisie ne crée pas de confusion avec ceux d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie ».

**EXPOSE SOMMAIRE**

L'article R 5121-3 du Code de la Santé Publique établit clairement les règles qui doivent prévaloir pour le choix d'un nom de fantaisie d'une spécialité pharmaceutique : sans préjudice de l'application de la législation relative aux marques de fabrique, de commerce et de service, le nom de fantaisie est choisi de façon à éviter toute confusion avec d'autres médicaments et ne pas induire en erreur sur la qualité ou les propriétés de la spécialité.

L'article R 5121-3 se fonde sur le risque de confusion avec un autre médicament qui intègre donc logiquement la notion de ressemblance de dénomination.

Il s'agit donc d'un amendement rédactionnel précisant la notion de dénomination et qui, tout en maintenant l'objet initial de la disposition, permet d'être cohérent avec la réglementation existante et plus en conformité avec le principe de clarté de la loi.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	61	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Jean-Claude BOUCHET

#### ARTICLE 44

Rédiger ainsi le 4<sup>ème</sup> alinéa :

*« 4° dont la marque ou le nom de fantaisie ne crée pas de confusion avec ceux d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie ».*

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article R 5121-3 du Code de la Santé Publique établit clairement les règles qui doivent prévaloir pour le choix d'un nom de fantaisie d'une spécialité pharmaceutique : *sans préjudice de l'application de la législation relative aux marques de fabrique, de commerce et de service, le nom de fantaisie est choisi de façon à éviter toute confusion avec d'autres médicaments et ne pas induire en erreur sur la qualité ou les propriétés de la spécialité.*

L'article R 5121-3 se fonde sur le risque de confusion avec un autre médicament qui intègre donc logiquement la notion de ressemblance de dénomination.

Il s'agit donc d'un amendement rédactionnel précisant la notion de dénomination et qui, tout en maintenant l'objet initial de la disposition, permet d'être cohérent avec la réglementation existante et plus en conformité avec le principe de clarté de la loi.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ  
SOCIALE POUR 2013  
NOUVELLE LECTURE (N°415)

Amendement présenté par M Christian Paul, rapporteur pour  
l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies  
professionnelles

\_\_\_\_\_

*Article 44*

AS	149	
----	-----	--

A la deuxième phrase de l'alinéa 12, les mots : « aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie » sont supprimés.

EXPOSE SOMMAIRE

Amendement rédactionnel

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ  
SOCIALE POUR 2013  
NOUVELLE LECTURE (N°415)

Amendement présenté par M Christian Paul, rapporteur pour  
l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies  
professionnelles

AS	147	
----	-----	--

Article 44 bis

I. – A l'alinéa 2, supprimer les mots : « conformément au dernier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code »

II. – Compléter l'alinéa 4 par les mots : « , ainsi que les règles selon lesquelles certains de ces allergènes peuvent être exclus du remboursement par l'assurance maladie »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement clarifie la rédaction afin de bien circonscrire la fixation du prix des APSI uniquement aux APSI remboursables selon des modalités définies par décret.

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT  
Présenté par Arnaud Robinet

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

---  
ARTICLE 45

Supprimer cet article

**EXPOSE SOMMAIRE**

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

Cette disposition entrainerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM. D'ailleurs, le droit communautaire ne prévoit des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 vient encore de le rappeler.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.



# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

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

#### ARTICLE 45

Supprimer cet article.

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

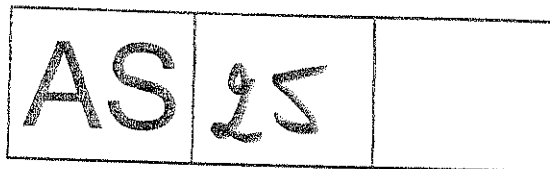
Cette disposition entrainerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM. D'ailleurs, le droit communautaire ne prévoit des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 vient encore de le rappeler.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT  
Présenté par Arnaud Robinet



---  
ARTICLE 45

Supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2

**EXPOSE SOMMAIRE**

Il s'agit de reprendre un amendement proposé par le rapporteur général du Sénat Yves Daudigny (n°29).

Ce dernier a rappelé tout d'abord dans son exposé des motifs que l'article 45 du projet de loi de financement ouvre la possibilité à l'Agence de sécurité du médicament d'adopter une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour un médicament, y compris en présence d'une alternative thérapeutique. Il s'agit d'une procédure dérogatoire et exceptionnelle.

Il soulignait ensuite que la seconde phrase de l'alinéa 2, qu'il est proposé de supprimer, indique qu'une telle RTU ne peut être établie que dans l'objectif, soit de remédier à un risque avéré pour la santé publique, soit d'éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie.

Et il en concluait que « cette phrase ne semble pas particulièrement utile ; elle apporte plutôt du trouble en laissant penser qu'un médicament pourrait être indiqué dans une thérapie uniquement pour des raisons financières pour l'assurance maladie ».

Enfin, il notait « Surtout, attribuer une RTU pour de seules raisons financières pourrait être incompatible avec le droit communautaire, la directive sur le médicament ne prévoyant des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 va clairement dans ce sens ».

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS	64	
----	----	--

### ARTICLE 45

Supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2.

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit de reprendre un amendement proposé par le rapporteur général du Sénat Yves Daudigny (n°29).

Ce dernier a rappelé tout d'abord dans son exposé des motifs que l'article 45 du projet de loi de financement ouvre la possibilité à l'Agence de sécurité du médicament d'adopter une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour un médicament, y compris en présence d'une alternative thérapeutique. Il s'agit d'une procédure dérogatoire et exceptionnelle.

Il soulignait ensuite que la seconde phrase de l'alinéa 2, qu'il est proposé de supprimer, indique qu'une telle RTU ne peut être établie que dans l'objectif, soit de remédier à un risque avéré pour la santé publique, soit d'éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie.

Et il en concluait que « *cette phrase ne semble pas particulièrement utile ; elle apporte plutôt du trouble en laissant penser qu'un médicament pourrait être indiqué dans une thérapie uniquement pour des raisons financières pour l'assurance maladie* ».

Enfin, il notait « *Surtout, attribuer une RTU pour de seules raisons financières pourrait être incompatible avec le droit communautaire, la directive sur le médicament ne prévoyant des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 va clairement dans ce sens* ».

ASSEMBLEE NATIONALE

---

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT  
Présenté par Arnaud Robinet

AS	27	
----	----	--

-----  
**ARTICLE 46**

Supprimer cet article

**EXPOSE SOMMAIRE**

Cet article propose de modifier, sans qu'il ait pu être mise en œuvre, l'article 30 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 qui avait institué une expérimentation de la visite médicale collective à l'hôpital pour certains produits de santé.

Cet article revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé, il est donc proposé de supprimer cet article qui n'a pas sa place dans un PLFSS.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	65	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC, ~~XXXXXXXXXX~~, Valérie BOYER, ~~XXXXXXXXXX~~  
~~XXXXXXXXXX~~

### ARTICLE 46

Supprimer cet article

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article propose de modifier, sans qu'il ait pu être mise en œuvre, l'article 30 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 qui avait institué une expérimentation de la visite médicale collective à l'hôpital pour certains produits de santé. Cet article revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé alors.

Il est donc proposé de supprimer cet article qui, de surcroît, n'a pas sa place dans un PLFSS.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT n°13



Présenté par Mme Bérengère POLETTI, MM Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELATTE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Mme Isabelle LE CALLENNEC, Jean LEONETTI, Céleste LETT, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard PERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE, Députés.

### Article 46

Supprimer cet article

### Exposé sommaire :

L'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital pour que celle-ci ait lieu devant un collège de plusieurs professionnels de santé et non plus avec un seul praticien en face à face. La discussion avait fait émerger un certain nombre de difficultés et le compromis qui avait été trouvé permettait de créer des conditions permettant d'éviter les dérives publicitaires et de promotion des médicaments pour recentrer la visite médicale sur son rôle important d'information du médecin.

Cette mesure expérimentale devait être suivie en milieu hospitalier pendant une durée limitée à deux ans. Or, l'expérimentation n'est pas terminée et n'a donc fait l'objet d'aucune analyse sur les conditions dans lesquelles elle peut, le cas échéant être généralisée. Cet article revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé, il est donc proposé de supprimer cet article qui n'a pas sa place dans un PLFSS.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet



ARTICLE 46

A l'alinéa 2, remplacer les mots :

« et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, »

par les mots :

« , de ceux à prescription et délivrance hospitalières et de ceux à prescription initiale hospitalière, »

EXPOSE SOMMAIRE

L'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital pour que celle-ci ait lieu devant un collège de plusieurs professionnels de santé et non plus avec un seul praticien en face à face, à l'exception de trois catégories de médicaments à prescription restreinte, des médicaments réservés à l'usage hospitalier, à prescription et délivrance hospitalières et à prescription initiale hospitalière.

La réforme de la visite médicale devait constituer une expérimentation durant deux années. Or, celle-ci n'est pas terminée et n'ont pas été analysées les conditions dans lesquelles elle pourrait devenir pérenne.

Le texte gouvernemental de cet article 46 est revenu sur l'équilibre qui avait été trouvé avec la loi de décembre 2011. En effet, il a inclus dans la visite médicale collective hospitalière les médicaments à prescription restreinte, très spécialisés, qui nécessitent un lien privilégié entre le délégué médical et le spécialiste hospitalier.

Un amendement à l'Assemblée nationale a certes rétabli l'exclusion de la visite collective de deux catégories de médicaments à prescription restreinte sur les trois mentionnés à l'article 30 de la loi du 29 décembre 2011. Mais il n'est plus question des médicaments de prescription initiale hospitalière. Or, tout comme les médicaments de réserve hospitalière et de prescription et délivrance hospitalière, ces médicaments nécessitent un accompagnement spécifique régulier de chaque prescripteur pour l'informer des modifications d'AMM, de sa spécificité de prescription et d'administration, de la tolérance du produit, et recueillir ses effets secondaires.

Ces médicaments offrent l'avantage de permettre aux malades (cancéreux par exemple) de poursuivre leur traitement à domicile, tout en conservant un lien privilégié avec leur spécialiste hospitalier qui demeure le plus souvent le prescripteur. Même si le renouvellement du traitement s'effectue occasionnellement via un médecin généraliste de ville, la poursuite d'un traitement à domicile représente une économie considérable pour la sécurité sociale.

Si l'on souhaite transformer une expérimentation prévue sur deux ans en un dispositif pérenne, il convient de conserver les trois catégories de médicaments exclues de la réforme de la visite médicale. Il s'agit d'une nécessité impérative de santé publique.



# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	66	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

#### ARTICLE 46

A l'alinéa 2, remplacer les mots :

« et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, »

par les mots :

« , de ceux à prescription et délivrance hospitalières et de ceux à prescription initiale hospitalière, »

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital pour que celle-ci ait lieu devant un collège de plusieurs professionnels de santé et non plus avec un seul praticien en face à face, à l'exception de trois catégories de médicaments à prescription restreinte, des médicaments réservés à l'usage hospitalier, à prescription et délivrance hospitalières et à prescription initiale hospitalière.

La réforme de la visite médicale devait constituer une expérimentation durant deux années. Or, celle-ci n'est pas terminée et n'ont pas été analysées les conditions dans lesquelles elle pourrait devenir pérenne.

Le texte gouvernemental de cet article 46 est revenu sur l'équilibre qui avait été trouvé avec la loi de décembre 2011. En effet, il a inclus dans la visite médicale collective hospitalière les médicaments à prescription restreinte, très spécialisés, qui nécessitent un lien privilégié entre le délégué médical et le spécialiste hospitalier.

Un amendement à l'Assemblée nationale a certes rétabli l'exclusion de la visite collective de deux catégories de médicaments à prescription restreinte sur les trois mentionnés à l'article 30 de la loi du 29 décembre 2011. Mais il n'est plus question des médicaments de prescription initiale hospitalière. Or, tout comme les médicaments de réserve hospitalière et de

prescription et délivrance hospitalière, ces médicaments nécessitent un accompagnement spécifique régulier de chaque prescripteur pour l'informer des modifications d'AMM, de sa spécificité de prescription et d'administration, de la tolérance du produit, et recueillir ses effets secondaires.

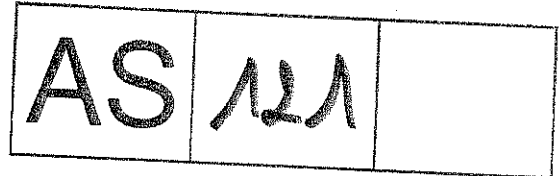
Ces médicaments offrent l'avantage de permettre aux malades (cancéreux par exemple) de poursuivre leur traitement à domicile, tout en conservant un lien privilégié avec leur spécialiste hospitalier qui demeure le plus souvent le prescripteur. Même si le renouvellement du traitement s'effectue occasionnellement via un médecin généraliste de ville, la poursuite d'un traitement à domicile représente une économie considérable pour la sécurité sociale.

Si l'on souhaite transformer une expérimentation prévue sur deux ans en un dispositif pérenne, il convient de conserver les trois catégories de médicaments exclues de la réforme de la visite médicale. Il s'agit d'une nécessité impérative de santé publique.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013 (N° 415)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance  
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

Article 46



À la dernière phrase de l'alinéa 9, substituer aux mots :

« qu'elle »,

les mots :

« que la Haute autorité ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013 (N° 415)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance  
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

\_\_\_\_\_

Article 46



À la dernière phrase de l'alinéa 9, substituer aux mots :

« en cause »,

les mots :

« de l'article L. 5122-9-2 précité ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision.

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT  
Présenté par Arnaud Robinet

AS	13	
----	----	--

ARTICLE 47

Supprimer cet article

EXPOSE SOMMAIRE

Cet amendement vise à rétablir la convergence tarifaire instaurée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004 entre établissements de santé publics et privés.

Il en va tout d'abord de l'équité de traitement entre établissement public et établissement privé. L'écart de tarifs entre public et privé est supérieur à 20 %. Si la mise en œuvre de la convergence tarifaire s'est heurtée à des difficultés techniques, la philosophie générale et son principe n'ont jamais été contestés : « A prestations identiques, tarifs identiques » - étant précisé que les missions spécifiques réalisées par les établissements de santé, publics ou privés, font l'objet d'un financement dédié (MIGAC).

Il en va ensuite, de l'équité de traitement entre patients : comme l'a montré la CNAMTS dans plusieurs de ses rapports « charges et produits », cette différence de tarifs est source d'iniquité entre patients qui se voient allouer par l'assurance maladie des moyens différents pour des pathologies comparables. Au point d'aboutir à des situations incohérentes où se faire hospitaliser dans certains établissements coûte parfois moins cher à l'assurance maladie mais plus cher au patient en raison notamment des dépassements d'honoraires.

Enfin, le rétablissement de la convergence tarifaire « ciblée », telle qu'elle a été mise en œuvre jusqu'à présent, vise à « sécuriser » le sous-Ondam hospitalier pour 2013. En effet, la suppression de la convergence fragilise potentiellement la tenue de l'Ondam : la convergence tarifaire « ciblée » permettait de réaliser chaque année près de 150 millions d'euros d'économies par une amélioration de la productivité des établissements publics. Le rétablissement de cette mesure contribuera aussi à la poursuite des efforts de productivité au sein de l'hôpital public.

La réduction de déficit doit être notre priorité absolue. La convergence tarifaire est un moyen d'y contribuer en rationalisant davantage les dépenses, sans remettre en cause la qualité des soins dispensés aux assurés.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	67	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC, ~~Philippe LECHEVALIER~~, Valérie BOYER, ~~Philippe LECHEVALIER~~, ~~Philippe LECHEVALIER~~

#### ARTICLE 47

Supprimer cet article

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à conserver la convergence tarifaire instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 entre établissements de santé publics et privés.

Il en va tout d'abord de l'équité de traitement entre établissement public et établissement privé. L'écart de tarifs entre public et privé est supérieur à 20 %. Si la mise en œuvre de la convergence tarifaire s'est heurtée à des difficultés techniques, la philosophie générale et son principe n'ont jamais été contestés : « A prestations identiques, tarifs identiques » - étant précisé que les missions spécifiques réalisées par les établissements de santé, publics ou privés, font l'objet d'un financement dédié (MIGAC).

Il en va ensuite, de l'équité de traitement entre patients : comme l'a montré la CNAMTS dans plusieurs de ses rapports « charges et produits », cette différence de tarifs est source d'iniquité entre patients qui se voient allouer par l'assurance maladie des moyens différents pour des pathologies comparables. Au point d'aboutir à des situations incohérentes où se faire hospitaliser dans certains établissements coûte parfois moins cher à l'assurance maladie mais plus cher au patient en raison notamment des dépassements d'honoraires.

Enfin, le rétablissement de la convergence tarifaire « ciblée », telle qu'elle a été mise en œuvre jusqu'à présent, vise à « sécuriser » le sous-Ondam hospitalier pour 2013. En effet, la suppression de la convergence fragilise potentiellement la tenue de l'Ondam : la convergence tarifaire « ciblée » permettait de réaliser chaque année près de 150 millions d'euros d'économies par une amélioration de la productivité des établissements publics. Le rétablissement de cette mesure contribuera aussi à la poursuite des efforts de productivité au sein de l'hôpital public.

La réduction de déficit doit être notre priorité absolue. La convergence tarifaire est un moyen d'y contribuer en rationalisant davantage les dépenses, sans remettre en cause la qualité des soins dispensés aux assurés.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT n°14

AS	102	
----	-----	--

Présenté par Mme Bérengère POLETTI, MM Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELATTE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Mme Isabelle LE CALLENNEC, Jean LEONETTI, Céleste LETT, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard PERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE, Députés.

### Article 47

Supprimer cet article

### Exposé sommaire :

L'arrêt de la convergence tarifaire telle qu'elle était prévue dans la loi HPST, est une grave erreur économique qui prive, à terme, notre pays d'un potentiel d'économies de l'ordre du plusieurs Milliards. Au contraire, il faut poursuivre les efforts engagés pour réduire l'écart entre les tarifs du public et du privé, à un rythme qui doit permettre à tous les acteurs de santé de s'adapter et d'améliorer l'organisation vers plus d'efficacité.

En outre, le processus de convergence tarifaire répond, comme l'a montré la CNAMTS dans plusieurs de ses rapports « charges et produits » à une exigence d'équité de traitement entre les patients qui se voient allouer par l'assurance maladie des moyens différents à pathologie comparable.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	68	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Valérie BOYER, ~~Philippe VINCIGUÈRE, Daniel LAFITTE~~

#### ARTICLE 47

Compléter cet article par les quatre alinéas suivants :

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

« 1° Avant le premier alinéa de l'article L. 162-22, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les ressources versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie aux établissements visés aux a, b, c, d et e de l'article L. 162-22-6 prennent en compte, au titre de l'accueil, de l'hébergement et des soins, la qualité des soins et la sécurité des environnements humains et techniques, le progrès des techniques médicales et l'innovation, les moyens techniques, matériels et humains pour la prise en charge des patients, la contribution de l'établissement à l'accessibilité géographique et à la permanence des soins, et l'adéquation de la prise en charge des patients dans toute la diversité de leurs pathologies et de leurs situations sociales.

« 2° La première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3 est complétée par les mots : « et l'adéquation des ressources versées aux éléments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-22 ». ».

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

La suppression de la convergence tarifaire par l'abrogation du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 et du 3° de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale ne doit pas avoir pour incidence d'empêcher la poursuite de la rationalisation du financement de la santé par le levier que constitue la transparence de l'allocation des ressources entre les différents opérateurs de soins visés à l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale. C'est l'objet du II. du présent amendement.



# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	69	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Jean-Pierre DOOR

#### ARTICLE 47bis ~~(nouveau)~~

Supprimer cet article

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article vise à remplacer la possibilité d'un gel des crédits des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) par la possibilité d'appliquer un coefficient minorateur à l'ensemble des tarifs de prestations hospitalières.

Cette modification, qui peut paraître technique, remet en réalité en cause un des rares leviers qui a permis un meilleur respect de l'Ondam hospitalier. La régulation infra-annuelle proposée, qui s'apparente à un mécanisme de « tarifs flottants », pénalisera l'ensemble des établissements de santé. La modification des tarifs en cours d'année, sans visibilité pour les établissements, rendrait très difficile l'élaboration de budgets prévisionnels et donc une gestion optimisée et serait quasiment impossible à mettre en œuvre.

Cette mesure s'ajoute à une série d'autres prises ou annoncées au cours de ces derniers mois visant à répondre aux difficultés de trésorerie que rencontrent les établissements publics (arrêté pris en août dernier avançant la date de versement des ressources des établissements du 25 au 20 du mois, possibilité pour les établissements de santé d'émettre des billets de trésorerie) sans engager les réformes structurelles de l'offre de soins hospitalière.

En conséquence, le présent amendement propose la suppression de cet article introduit en 1<sup>ère</sup> lecture par notre assemblée.

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT  
Présenté par Arnaud Robinet

AS	8	
----	---	--

----  
**ARTICLE 48**

Supprimer cet article

**EXPOSE SOMMAIRE**

La situation financière des hôpitaux est préoccupante :

- bien qu'en diminution, le déficit des hôpitaux reste élevé, en particulier dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ;
- le taux d'endettement des établissements de santé publics n'a cessé de croître, passant de 38 % en 2004 à 54 % en 2010, notamment à la suite des différents plans d'investissements hospitaliers. En juillet dernier, l'agence de notation Moody's a abaissé la note des Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), qui sont mis sous surveillance négative, en raison de la situation financière de certains établissements, notamment de l'Outre-Mer.

Dans ce contexte, il n'est pas raisonnable d'ouvrir la possibilité aux établissements hospitaliers d'émettre des billets de trésorerie c'est-à-dire de « titriser » leur dette pour couvrir des besoins de trésorerie. Cette facilité de financement s'ajoute à celle, prise par arrêté en août 2012, avançant la date de versement des ressources des établissements du 25 au 20 du mois.

Ces mesures risquent de remédier très provisoirement aux difficultés actuelles sans engager les réformes structurelles pourtant nécessaires. Il convient plutôt, suivant les recommandations du rapport IGF-Igas de juillet 2012, de renforcer les mesures d'encadrement des flux de nouveaux emprunts et de maîtrise de l'endettement dans l'esprit du décret du 14 décembre 2011. Celui-ci prévoit notamment d'encadrer le recours à l'emprunt pour les établissements dont la situation financière est déjà dégradée. Il convient, aussi et surtout, d'engager les hôpitaux en situation difficile dans une démarche de performance (rationalisation des achats, externalisation des fonctions supports, optimisation du patrimoine immobilier et foncier, diversification des ressources, etc.).

En conséquence, il est proposé de supprimer cet article.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	70	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Valérie BOYER, ~~Patrice VERGÈRE, Philippe HÉTEL~~

### ARTICLE 48

Supprimer cet article.

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

La situation financière des hôpitaux est préoccupante :

- bien qu'en diminution, le déficit des hôpitaux reste élevé, en particulier dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ;
- le taux d'endettement des établissements de santé publics n'a cessé de croître, passant de 38 % en 2004 à 54 % en 2010, notamment à la suite des différents plans d'investissements hospitaliers. En juillet dernier, l'agence de notation Moody's a abaissé la note des Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), qui sont mis sous surveillance négative, en raison de la situation financière de certains établissements, notamment de l'Outre-Mer.
- Dans ce contexte, il n'est pas raisonnable d'ouvrir la possibilité aux établissements hospitaliers d'émettre des billets de trésorerie c'est-à-dire de « titriser » leur dette pour couvrir des besoins de trésorerie. Cette facilité de financement s'ajoute à celle, prise par arrêté en août 2012, avançant la date de versement des ressources des établissements du 25 au 20 du mois.

Ces mesures risquent de remédier très provisoirement aux difficultés actuelles sans engager les réformes structurelles pourtant nécessaires. Il convient plutôt, suivant les recommandations du rapport IGF-Igas de juillet 2012, de renforcer les mesures d'encadrement des flux de nouveaux emprunts et de maîtrise de l'endettement dans l'esprit du décret du 14 décembre 2011. Celui-ci prévoit notamment d'encadrer le recours à l'emprunt pour les établissements dont la situation financière est déjà dégradée. Il convient, aussi et surtout, d'engager les hôpitaux en situation difficile dans une démarche de performance (rationalisation des achats, externalisation des fonctions supports, optimisation du patrimoine immobilier et foncier, diversification des ressources, etc.).

En conséquence, il est proposé de supprimer cet article.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013 (N° 415)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance  
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles

*Article 48 bis*

AS	123	
----	-----	--

Substituer aux mots :

« présenté au Parlement »,

les mots :

« déposé par le Gouvernement sur le bureau des assemblées ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	71	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC, ~~Philippe MERLE~~, Valérie BOYER, ~~Patrice~~  
~~VERCHERE~~, ~~Philippe TITEL~~

### ARTICLE 49

Supprimer cet article.

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Reporter ces réformes structurelles n'est pas responsable compte tenu de la situation des comptes sociaux de notre pays.

Le I. vise à reporter une nouvelle fois la date de généralisation de la facturation individuelle mise en place par la LFSS 2004 et qui avait vocation à participer à la transparence des finances sociales dans notre pays et à leur rationalisation.

Le II vise à reporter le passage des ex-hôpitaux locaux à la tarification à l'activité (T2A) au 1<sup>er</sup> mars 2015 et qui devait assurer un mode de tarification identique au sein de l'ensemble des établissements de santé français.

Le III prévoit que les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif pourront jusqu'au 31 décembre 2015 continuer à calculer la participation financière des assurés au frais de soins (ticket modérateur) sur la base des tarifs journalisés de prestations (TPJ) définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjour (GHS).

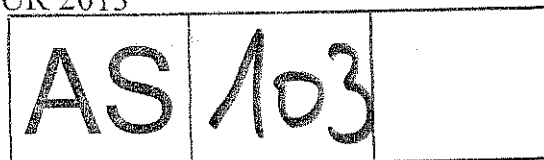
Comme le remarque l'exposé des motifs de l'article 49, les montants de TPJ sont supérieurs au montant des GHS. Le reste à charge est donc supérieur pour le patient. Le III de l'article 49 du PLFSS pour 2013 aggrave donc les dépenses sociales. Au surplus, il constitue un système profondément inéquitable entre les établissements publics et privés de santé. On peut enfin légitimement s'interroger sur le maintien d'un tel système dérogatoire au regard des règles du droit communautaire de la concurrence

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT n°15



Présenté par Mme Bérengère POLETTI, MM Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELATTE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Jean LEONETTI, Céleste LETT, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard PERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE, Députés.

#### Article 49

Supprimer cet article.

#### Exposé des motifs :

La mise en place la tarification à l'activité (T2A) est un progrès considérable par rapport à l'ancien mécanisme, dit de la dotation globale, qui reposait sur une reconduction automatique, avec application d'un taux d'évolution, de la dotation budgétaire de l'année précédente, sans lien avec l'activité médicale, et qui conduisait trop souvent soit à une surdotation, soit à une sous-dotation.

Le report au 1er janvier 2016 de la généralisation de la facturation individuelle dans les établissements de santé ex DG (fixée au 1er janvier 2013), ainsi que le report au 1er mars 2015 de la mise en œuvre de la T2A pour les ex hôpitaux locaux (prévue au 1er mars 2013), ainsi, enfin que le report au 31 décembre 2015 de la mise en œuvre de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation sur la base des tarifs nationaux de prestation issus des GHS (prévue au 31 décembre 2012), met un cout d'arrêt la mise en place de la Tarification à l'activité largement préjudiciable à la bonne gestion des deniers publics.

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet



---  
ARTICLE 49

Supprimer les alinéas <sup>2</sup> à 5 de cet article

**EXPOSE SOMMAIRE**

Le suivi des dépenses hospitalières publiques reste parcellaire. Les établissements de santé privés ont mis en place un système de facturation individuelle et directe des soins hospitaliers permettant un suivi en temps réel par l'assurance maladie. Ce n'est pas le cas des établissements publics - le projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) étant toujours en cours d'expérimentation. L'assurance maladie n'a accès qu'avec retard aux données hospitalières publiques, et encore incomplètes, données qui transitent par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Dans un souci de transparence, il est essentiel de disposer de données fiables et complètes sur l'évolution des dépenses hospitalières publiques comme c'est le cas pour les établissements de santé privés. Ces données doivent également permettre d'améliorer les actions de gestion du risque mises en place par l'assurance maladie en direction des hôpitaux.

En conséquence, cet amendement propose de supprimer le nouveau report tel que proposé de la généralisation de la facturation individuelle et directe.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2012

### AMENDEMENT

AS	72	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Valérie BOYER, ~~Marie VERCHIERE, Philippe LUTTE~~

#### ARTICLE 49

Supprimer les alinéas 2 à 5 de cet article.

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Le suivi des dépenses hospitalières publiques reste parcellaire. Les établissements de santé privés ont mis en place un système de facturation individuelle et directe des soins hospitaliers permettant un suivi en temps réel par l'assurance maladie. Ce n'est pas le cas des établissements publics - le projet de facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) étant toujours en cours d'expérimentation. L'assurance maladie n'a accès qu'avec retard aux données hospitalières publiques, et encore incomplètes, données qui transitent par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Dans un souci de transparence, il est essentiel de disposer de données fiables et complètes sur l'évolution des dépenses hospitalières publiques comme c'est le cas pour les établissements de santé privés. Ces données doivent également permettre d'améliorer les actions de gestion du risque mises en place par l'assurance maladie en direction des hôpitaux.

En conséquence, cet amendement propose de supprimer le nouveau report tel que proposé de la généralisation de la facturation individuelle et directe.

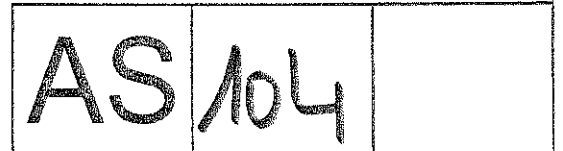


# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT n°16



Présenté par Mme Bérengère POLETTI, MM Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELATTE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Mme Isabelle LE CALLENNEC, Jean LEONETTI, Céleste LETT, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard PERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE, Députés.

### Article 49

Supprimer les alinéas 2 à 5.

### Exposé des motifs.

Dans un souci de transparence, il est essentiel de disposer de données fiables et complètes sur l'évolution des dépenses hospitalières publiques, comme c'est le cas pour les établissements de santé privés. Ces données doivent également permettre d'améliorer les actions de gestion du risque mises en place par l'assurance maladie en direction des hôpitaux.

Le système de facturation individuelle devait être généralisé au 1<sup>er</sup> janvier 2013. Un nouveau report est préjudiciable au meilleur contrôle par l'Assurance maladie, c'est la raison pour laquelle il convient de le supprimer.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT

AS	73	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Valérie BOYER, ~~Patrice VERCHER~~

### ARTICLE 49

Supprimer l'alinéa 6

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Il n'y a pas lieu de reporter la mise en œuvre de la T2A pour les ex hôpitaux locaux

# ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT

AS	75	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC, ~~Patrice~~, Valérie BOYER, ~~Patrice~~

## ARTICLE 49

Après l'alinéa 6, insérer les deux alinéas suivants :

« 2° bis Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le ministre chargé de la santé communique chaque année et au plus tard le 30 juin au Parlement un rapport indiquant les tarifs journaliers de prestations relatifs à chaque établissement de santé public et privé non lucratif. Le rapport examine les disparités dans la fixation de ces tarifs. ».

## EXPOSÉ SOMMAIRE

Le III de l'article 49 prévoit que les établissements publics de santé et les établissements privés à but non lucratif pourront jusqu'au 31 décembre 2015 continuer à calculer la participation financière des assurés au frais de soins (ticket modérateur) sur la base des tarifs journaliers de prestations (TPJ) définis à partir du coût de revient prévisionnel des différentes catégories de soins de chaque établissement et non sur les tarifs nationaux de prestations issus des groupes homogènes de séjour (GHS).

Comme le note l'exposé des motifs, les montants de TPJ sont supérieurs au montant des GHS. Le III de l'article 49 du PLFSS pour 2013 aggrave donc les dépenses sociales.

Dans un contexte de crise budgétaire grave, cet amendement vise à faire connaître aux parlementaires, dans la plus grande transparence, le coût du III de l'article 49 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT

AS	74	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENEC, ~~Philippe HEBERT~~, Valérie BOYER, ~~Patrice VERCHIERE~~, ~~Philippe HEBERT~~

## ARTICLE 49

Supprimer l'alinéa 8.

## EXPOSÉ SOMMAIRE

Il n'y a pas lieu de reporter la mise en œuvre de la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation sur la base de tarifs nationaux de prestation issus des GHS.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	76	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC, ~~Philippe~~, Valérie BOYER, ~~Patrice~~  
~~Philippe~~

### ARTICLE 51

Supprimer les alinéas 2 à 6.

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Le II. de cet article a pour objet la prise en charge par l'Etat au profit des détenus du ticket modérateur, de la franchise et des participations forfaitaires dues par l'ensemble des autres assurés sociaux.

Il s'agit d'une mesure non détaillée dans l'exposé des motifs et dans l'étude d'impact. Le législateur est donc dans l'ignorance du nombre de ses bénéficiaires et de son coût, alors que les contraintes budgétaires devraient conduire le gouvernement à une grande vigilance sur l'octroi d'avantages hors du droit commun.

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

19 octobre 2012

## FINANCEMENT SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013 - (N° 287)

Commission	
Gouvernement	

**AMENDEMENT**

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

présenté par Mme Poletti,  
Cosigné par Mme Louwagie, M. Jacquat, M. Door

**ARTICLE 53**

Supprimer cet article.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Il est proposé de supprimer l'article 53 du PLFSS 2013, disposition déjà envisagée dans les premières discussions précédant le PLFSS 2012 puis abandonnée. En effet, cette disposition entraînerait de très grandes difficultés pour les établissements et services et dans l'organisation des prises en charge, dues aux délais de notification des Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). En effet et en l'absence de notification individuelle, aucune facturation n'est possible. Quelques cas de figure correspondent à cette difficulté :

- Les jeunes adultes maintenus au titre de l'amendement Creton en Institut Médico-Educatif : ces jeunes adultes restent présents au sein des IME dans l'attente de leur notification de maintien par la MDPH. Certaines MDPH ont des délais de traitement de dossiers supérieurs à un an. Du coup, les établissements font l'avance de la prise en charge puis facturent aux CPAM dès lors que les notifications leur parviennent des MDPH.
- Les jeunes enfants (3 ans) inconnus des MDPH qui intègrent un IME : les établissements commencent les prises en charge sans attendre les notifications afin de ne pas retarder l'engagement de la prise en charge. Là encore, les délais de notification peuvent être supérieurs à un an, donc décaler d'autant les facturations.
- Les cas de renouvellement des notifications : les renouvellements rencontrent les mêmes problématiques de gestion des dossiers par les MDPH.

D'une manière générale, se pose le problème des délais de traitement des dossiers par les MDPH, qui ne peut se traduire par des dispositions gravement dommageables pour les établissements et services pour personnes handicapées et les personnes qu'ils accueillent et accompagnent.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013  
NOUVELLE LECTURE (N°415)

Amendement présenté par Mme Martine Pinville,  
rapporteuse pour le secteur médico-social

\_\_\_\_\_

Article 53

AS	124	
----	-----	--

A l'alinéa 5, remplacer la date : « 1er janvier 2013 » par la date : « 1er juillet 2013 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à retarder de six mois l'entrée en vigueur de l'article 53, qui prévoit de limiter à un an le délai dont disposent les établissements accueillant des personnes handicapées tarifés au prix de journée pour émettre et rectifier leurs données de facturation à l'assurance maladie.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013  
NOUVELLE LECTURE (N°415)

Amendement présenté par Mme Martine Pinville,  
rapporteuse pour le secteur médico-social

Article 54



A l'alinéa 1, après le mot : « familles, », rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

les mots : « ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire »,  
sont remplacés par les mots : « , qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération  
sanitaire ou d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale disposant d'une  
pharmacie à usage intérieur ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.



# ASSEMBLÉE NATIONALE

19 octobre 2012

FINANCEMENT SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2013 - (N° 287)

Commission	
Gouvernement	

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

## AMENDEMENT

présenté par Mme Poletti,  
Cosigné par Mme Louwagie, M. Jacquat, M. Door

### ARTICLE 54

I. – À l'alinéa <sup>2</sup>1, substituer au mot :

« supprimés »,

les mots :

« remplacés par un alinéa ainsi rédigé : »

II. – En conséquence, après l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« Dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12, qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur mais qui ont mis en place les expérimentations prévues par le I de l'article 64 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 modifiée par la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010, les prestations de soins comprennent l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, sauf opposition expresse de la part de leur représentant légal déclarée à l'agence régionale de santé, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2013 ».

### EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 64-I de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu, des expérimentations relatives à l'intégration des dépenses de médicaments et à leur prise en charge par les forfaits soins des EHPAD.

Ces expérimentations prenaient fin le 1<sup>er</sup> janvier 2013, échéance reportée au 1<sup>er</sup> Juillet 2013 par le I de l'article 54 du PLFSS 2013.

Aucune solution de continuité n'est envisagée afin de permettre aux établissements expérimentateurs de continuer à gérer des dotations qu'ils ont perçues pour les médicaments, afin de prendre en compte les nouvelles organisations qu'ils ont consenties, afin de contribuer loyalement et utilement à l'expérimentation.

Au terme de l'expérimentation, les établissements expérimentateurs sont satisfaits des résultats et de l'effet levier que celle-ci a permis au sein de leurs structures, tant en termes de qualité des prises en charge, d'organisation et de sécurisation du circuit des médicaments. A titre d'exemple, de grands progrès ont été constatés par l'IGAS dans la maîtrise du médicament, avec notamment une utilisation de dispositifs de PDA (préparation des doses à administrer) plus efficaces, et pour certains établissements une amélioration de l'informatisation, un gain de temps pour les infirmiers dans les établissements où la préparation était réalisée par la pharmacie d'officine, et enfin des économies réalisées par rapport aux dépenses budgétées dans un certain nombre d'établissements non expérimentateurs. Ce dernier point capital appelle des échanges d'informations complémentaires entre les établissements, les Caisses Primaires d'Assurance-Maladie qui peuvent disposer de la connaissance précise des dépenses de médicaments en soins de ville, lorsque les enveloppes de dépenses de médicaments sont « ouvertes » (remboursées en ville) et ne sont pas maîtrisées par les EHPAD.

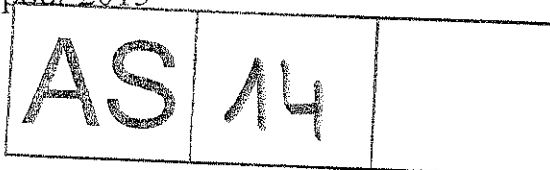
Si au terme des trois années, une généralisation de l'expérimentation apparaît prématurée du point de vue de l'IGAS, pour autant, le maintien d'organisations efficaces qui ont émergé lors de l'expérimentation doit être assuré : en effet, les établissements expérimentateurs ont mis en place des modalités d'organisation qu'il est très difficile, voire contre-productif, de remettre en question aujourd'hui, notamment dans un délai très bref (1<sup>er</sup> janvier 2013). Ils ne peuvent subir les dommages collatéraux des retards et difficultés survenues dans le pilotage national du dispositif d'expérimentation.

La présente proposition d'amendement a donc vocation à permettre la poursuite des dispositions relatives à l'intégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD, pour les établissements s'étant engagés dans l'expérimentation, sauf opposition expresse de leur part, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2013.

Cette proposition ne se traduit pas par une dépense supplémentaire pour l'assurance-maladie, dans la mesure où les volumes financiers nécessaires au financement de la mesure sont inscrits dans l'ONDAM médico-social.

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT  
Présenté par Arnaud Robinet



---  
**ARTICLE 57**

A l'alinéa 1, remplacer « 370,27 » par « 265 ».

**EXPOSE SOMMAIRE**

Cet article prévoit une augmentation substantielle de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) afin de financer de nouveaux investissements hospitaliers et le recrutement de 4000 emplois d'avenir, non qualifiés, dans les hôpitaux publics.

Après les plans d'investissement hospitalier « Hôpital 2007 » puis « Hôpital 2012 », il n'est pas prioritaire de renforcer la politique d'investissement hospitalier tout comme le recrutement de 4000 emplois d'avenir non qualifiés sur des fonctions qui devraient être externalisées. Le recentrage de l'hôpital public sur la prise en charge des cas lourds et complexes tel qu'annoncé par les pouvoirs publics doit s'accompagner d'une réduction des capacités hospitalières publiques et des effectifs. En tout état de cause, et comme le souligne le rapport IGF-Igas de juillet 2012, « les aides à l'investissement forcément limitées doivent être un outil de la politique de réorganisation de l'offre de soins hospitaliers ». Il préconise en conséquence une plus grande sélectivité des projets à rebours des orientations envisagées par le PLFSS.

En conséquence, il est proposé de diminuer le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

AS	77	
----	----	--

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC, ~~Philippe NERFISSE~~, Valérie BOYER, ~~Patricia~~  
~~VERGNIERE, Philippe HEDL~~

#### ARTICLE 57

À l'alinéa 1, substituer au ~~montant~~ <sup>nombre</sup> :

« 370, 27 ~~millions d'euros~~ »

<sup>nombre</sup>  
le ~~montant~~ :

« 265 ~~millions d'euros~~ ».

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article prévoit une augmentation substantielle de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) afin de financer de nouveaux investissements hospitaliers et le recrutement de 4000 emplois d'avenir, non qualifiés, dans les hôpitaux publics.

Après les plans d'investissement hospitalier « Hôpital 2007 » puis « Hôpital 2012 », il n'est pas prioritaire de renforcer la politique d'investissement hospitalier tout comme le recrutement de 4000 emplois d'avenir non qualifiés sur des fonctions qui devraient être externalisées. Le recentrage de l'hôpital public sur la prise en charge des cas lourds et complexes tel qu'annoncé par les pouvoirs publics doit s'accompagner d'une réduction des capacités hospitalières publiques et des effectifs. En tout état de cause, et comme le souligne le rapport IGF-Igas de juillet 2012, « les aides à l'investissement forcément limitées doivent être un outil de la politique de réorganisation de l'offre de soins hospitaliers ». Il préconise

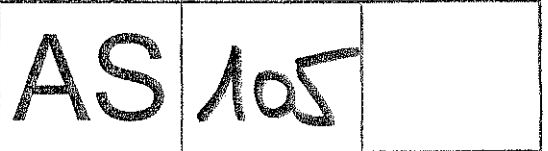
en conséquence une plus grande sélectivité des projets à rebours des orientations envisagées par le PLFSS.

En conséquence, il est proposé de diminuer le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

AMENDEMENT n°17



Présenté par Mme Bérengère POLETTI, MM Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELATTE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Mme Isabelle LE CALLENEC, Jean LEONETTI, Céleste LETT, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard PERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE, Députés.

### Article 59

~~L'article 59 est ainsi rédigé :~~ Rédiger ainsi l'alinéa 2 :

~~Pour l'année 2013, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :~~

	(En milliards d'euros)
	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	78,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	1,2
<b>Total</b>	<b>171,2</b>

### Exposé des motifs :

Depuis 3 ans, la précédente majorité a voté des ONDAM en dessous de 3% qui ont été respectés. Devant la gravité de la crise, le précédent Gouvernement avait même décidé, en 2012, de renforcer les efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie pour préparer un retour plus rapide à l'équilibre, en fixant l'ONDAM pour 2012 à 2,5%. Cet objectif devrait être respecté encore en 2012.

Cette volonté de baisser l'ONDAM est également recommandée par la Cour des Comptes qui, dans son dernier rapport recommande de fixer l'ONDAM à 2,4% dès 2014.

Dans ces conditions, prévoir un ONDAM à 2,7% qui signifie 4,6 Md€ de dépenses supplémentaires, comme proposé dans ce PLFSS n'est pas responsable.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013  
NOUVELLE LECTURE (N° 415)

Amendement présenté par M. Michel Issindou,  
rapporteur pour l'assurance vieillesse

Article 60



Rédiger ainsi cet article :

Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

I. - Le premier alinéa de l'article L. 732-21 est complété par les mots et une phrase ainsi rédigés : « , composée des pensions de retraite forfaitaire et de retraite proportionnelle dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 732-24. Les modalités de calcul de la pension sont fixées par décret. »

II. - L'article L. 762-28 est ainsi modifié :

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

« L'interruption d'activité résultant de maladie ou d'infirmité graves empêchant toute activité professionnelle ne prive pas l'intéressé de droit à la pension de retraite, composée des pensions de retraite forfaitaire et de retraite proportionnelle dans les conditions prévues aux 1° et 2° de l'article L. 762-29. Les modalités de calcul de la pension sont fixées par décret. » ;

2° Au dernier alinéa, les mots « ou de maladie ou d'infirmités graves » sont supprimés.

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à rectifier une erreur matérielle.

Dans sa rédaction actuelle, l'article 60 n'est pas applicable dans les départements d'outre-mer, contrairement aux intentions du Gouvernement telles qu'elles ressortent de l'étude d'impact annexée au présent projet de loi.

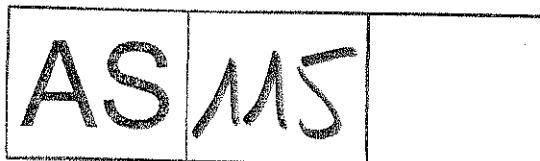
L'amendement permet de garantir la bonne application de la mesure prévue à l'article 60 aux personnes exerçant leur activité dans un département d'outre-mer.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013  
NOUVELLE LECTURE (N° 415)

Amendement présenté par M. Michel Issindou,  
rapporteur pour l'assurance vieillesse

Article 63 quater



Rédiger ainsi l'alinéa 3 de cet article :

III – Les régimes obligatoires de retraite peuvent mutualiser la gestion des certificats d'existence, dans des conditions fixées par décret.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013

NOUVELLE LECTURE (N°415)

Amendement présenté par M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance  
maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles



Article 65

À l'alinéa 11, après les mots : « majoration pour », insérer les mots : « assistance  
d' ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT  
Présenté par Arnaud Robinet

AS	15	
----	----	--

ARTICLE 66

Supprimer les ~~6 premiers alinéas~~ alinéas 2 à 6

EXPOSE SOMMAIRE

Lorsque la faute inexcusable de l'employeur a été reconnue par la juridiction de la sécurité sociale compétente, la victime a droit à une majoration de la rente ou du capital. Les sommes correspondantes lui sont versées par la caisse, qui se retourne ensuite contre l'employeur.

L'employeur, qui n'est pas forcément assuré contre la faute inexcusable, est appelé à rembourser des sommes qui peuvent être très importantes. Leur recouvrement peut se faire sous forme de cotisation complémentaire pouvant être étalée sur plusieurs années, afin de ne pas menacer la viabilité de l'entreprise.

Par ailleurs, lorsque les sommes ne peuvent être récupérées auprès de l'employeur (insolvabilité, disparition...) elles sont récupérées auprès de l'ensemble des entreprises par le jeu de la mutualisation.

Le PLFSS prévoit de remettre en cause cette possibilité en rendant obligatoire le paiement en capital représentatif, ce qui représenterait un coût énorme et risquerait de provoquer la cessation d'activités d'un certain nombre d'entreprises.

Sans remettre en cause la responsabilité de l'employeur, l'objet de cet amendement est de maintenir le système existant (remboursement sous forme de cotisations pouvant être étalées dans le temps), dans le souci de préserver les entreprises de graves problèmes de trésorerie et par conséquent de protéger l'emploi.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013

NOUVELLE LECTURE (N°415)

Amendement présenté par Mme Geneviève LÉVY, rapporteure pour la famille

—  
*Article 71 bis*

AS	116	
----	-----	--

À l'alinéa 10, remplacer la référence L. 831-7-1 par la référence L. 831-8.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

PROJET DE LOI  
de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT  
Présenté par Arnaud Robinet

AS	18	
----	----	--

-----  
ARTICLE 71 Ter ~~(nouveau)~~

Supprimer cet article

**EXPOSE SOMMAIRE**

Cet article vise à remplacer le congé de paternité par un « congé de paternité et d'accueil à l'enfant ».

Cet article additionnel a été intégré par le gouvernement en toute fin de discussion en séance publique par l'Assemblée nationale, sans étude d'impact. Or, l'élargissement du bénéfice de ce congé aura un coût non négligeable pour l'Assurance maladie. Il serait plus raisonnable de prendre le temps de l'évaluer.

De surcroît, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale n'est pas un véhicule adapté à une telle mesure.

# ASSEMBLEE NATIONALE

---

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2013

### AMENDEMENT

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

Présenté par Dominique TIAN

### ARTICLE 71 ~~ter. (nouveau)~~

Supprimer cet article.

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article vise à remplacer le congé de paternité par un « congé de paternité et d'accueil à l'enfant ».

Cet article additionnel a été intégré par le gouvernement en toute fin de discussion en séance publique par l'Assemblée nationale, sans étude d'impact. Or, l'élargissement du bénéfice de ce congé aura un coût non négligeable pour l'Assurance maladie. Il serait plus raisonnable de prendre le temps de l'évaluer.

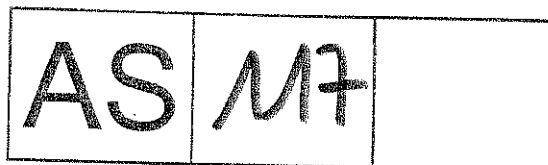
De surcroît, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale n'est pas un véhicule adapté à une telle mesure.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2013

NOUVELLE LECTURE (N°415)

Amendement présenté par Mme Geneviève LEVY, rapporteure pour la famille

Article 71 ter



Supprimer cet article

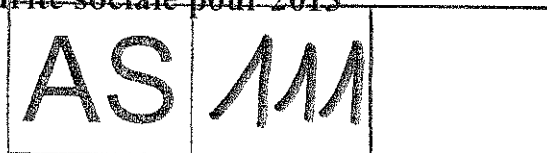
EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article additionnel a été déposé par le Gouvernement en séance publique lors de la première lecture, en toute fin de discussion, sans étude d'impact et sans concertation avec les associations familiales. Aucune évaluation du coût pour l'Assurance maladie n'est fournie.

Un projet de loi sur le mariage des couples de même sexe vient d'être déposé au Parlement. Les règles concernant la présence de la mère et du père auprès de l'enfant doivent faire l'objet d'une approche globale et cohérente, et non pas segmentée.

## Projet de loi n° 29 de financement de la sécurité sociale pour 2013

Amendement



**Présenté par :** Mme Clergeau, M. Guedj, M. Paul, M. Bapt, Mme Biémouret, Mme Bouziane, Mme Carrey-Conte, Mme Carrillon-Couvreur, M. Germain, Mme Gourjade, Huillier, Mme Hurel, M. Hutin, Mme Iborra, M. Issindou, Mme Khirouni, Mme Le Houerou, M. Liebgott, Mme Neuville, Mme Pinville, M. Robiliard, Mme Romagnan, M. Sebaoun, M. Veran et les commissaires membres du groupe socialiste, républicain et citoyen

### Article 71 ter

Avant l'alinéa 1, insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« I A. - L'article L. 1225-28 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le père de l'enfant n'exerce pas son droit, le bénéfice de celui-ci est accordé à la personne salariée conjointe de la mère, liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. » » ;

II. - Après l'alinéa 17, insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« 2° bis L'article L. 331-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le père de l'enfant n'exerce pas son droit, le bénéfice de celui-ci est accordé à la personne salariée conjointe de la mère, liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle. » » -

### Exposé des motifs

La législation actuelle prévoit qu'en cas de décès de la mère du fait de l'accouchement, le bénéfice des semaines d'arrêt de travail postpartum et de leur indemnisation est transféré au père.

En complément de l'élargissement du congé de paternité en un congé de paternité et d'accueil de l'enfant et par respect du principe d'égalité, cet amendement vise à permettre à la personne vivant maritalement avec la mère – conjoint, partenaire ayant conclu un PACS, concubin – de bénéficier de ce transfert, lorsque le père n'exerce pas son droit

Cet amendement est identique à celui déposé par le gouvernement au Sénat.



Projet de loi n° 29 de financement de la sécurité sociale pour 2013

AS

110

Amendement

**Présenté par :** Mme Clergeau, M. Guedj, M. Paul, M. Bapt, Mme Biémouret, Mme Bouziane, Mme Carrey-Conte, Mme Carrillon-Couvreur, M. Germain, Mme Gourjade, M. Guedj, Mme Huillier, Mme Hurel, M. Hutin, Mme Iborra, M. Issindou, Mme Khirouni, Mme Le Houerou, M. Liebgott, Mme Neuville, Mme Pinville, M. Robiliard, Mme Romagnan, M. Sebaoun, M. Veran et les commissaires membres du groupe socialiste, républicain et citoyen

**Article 71 ter**

I. - Remplacer les alinéas 4, 5 et 6 par deux alinéas ainsi rédigés :

« 1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Après la naissance de l'enfant et dans un délai déterminé par décret, le père salarié ainsi que, le cas échéant, la personne salariée conjointe de la mère, liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle bénéficient d'un congé de paternité et d'accueil de l'enfant de onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples. »

II. - Après l'alinéa 9, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Au 2° de l'article L. 3141-5 du même code, les mots : « maternité, paternité » sont remplacés par les mots : « de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ».

III. - Rédiger ainsi les alinéas 11 et 12 :

« A. - Au b du 1° de l'article L. 4138-2, les mots : « pour maternité, paternité ou adoption » sont remplacés par les mots : « de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption » ;

« B. - À l'article L. 4138-4, les mots : « pour maternité, paternité ou adoption » sont remplacés par les mots : « de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption » ;

IV. - Remplacer l'alinéa 20 par huit alinéas ainsi rédigés :

« B. - 1° L'article L. 613-19-2 est ainsi modifié :

« a) Au premier alinéa, les mots : « Les pères, qui relèvent » sont remplacés par les mots : « Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, lorsqu'ils relèvent » ;

⤵ b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le père conjoint collaborateur remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 613-19-1 ainsi que, le cas échéant, le conjoint collaborateur de la mère autre que le père remplissant les mêmes conditions bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité complémentaire visée au troisième alinéa dudit article. » ;

⤵ 2° L'article L. 722-8-3 est ainsi modifié :

⤵ a) Au premier alinéa, les mots : « Les pères relevant » sont remplacés par les mots : « Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, lorsqu'ils relèvent » ;

⤵ b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Le père conjoint collaborateur remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 722-8-1 ainsi que, le cas échéant, le conjoint collaborateur de la mère autre que le père remplissant les mêmes conditions bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité complémentaire visée au troisième alinéa dudit article. » ; >>

V. – Après l'alinéa 22, insérer deux alinéas ainsi rédigés :

⤵ E. – Au 7° du II de l'article L. 136-2, après les mots : « de la paternité », sont insérés les mots : « et de l'accueil de l'enfant ».

⤵ F. – A la première phrase de l'article L. 712-3, après le mot : « paternité », sont insérés les mots : « et accueil de l'enfant » ; >> -

VI. – Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

⤵ VI. – Au premier alinéa de l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « Les pères appartenant » sont remplacés par les mots : « Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle, lorsqu'ils appartiennent » ; >> -

### **Exposé des motifs**

Il s'agit d'un amendement de clarification. Il précise que le congé de paternité et d'accueil de l'enfant peut bénéficier à la fois au père de l'enfant et à la personne vivant maritalement avec la mère – conjoint, partenaire ayant conclu un PACS, concubin – quand elle n'est pas le père de l'enfant. Par ailleurs, l'amendement procède à des coordinations rédactionnelles complémentaires dans différents articles du code de la sécurité sociale faisant référence au congé de paternité et dans le code rural et de la pêche maritime pour l'allocation de remplacement.

Cet amendement est identique à celui déposé par le gouvernement au Sénat.