



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022

Amendements proposés par l'association AIDES
et ses partenaires

Amendements de réaction au texte

	3
1 – Production publique de thérapies génique ou cellulaire	3
2 – Rapport de l'IGAS sur l'expérimentation de l'accès direct	5
3 – Assurer que l'assurance maladie n'ait pas la charge de la réindustrialisation du pays dans le domaine pharmaceutique	6
3bis – Prendre en compte l'effort public de réindustrialisation et de recherche et développement dans la définition des prix des produits de santé	7
4 – Permettre aux usagers du dispositif « Halte Soins Addictions » un parcours de santé globale	9

Amendements – Garantir la transparence des prix réels de produits de santé

	10
1 – Publier les conventions entre le CEPS et les entreprises	10
2 – Supprimer les obligations relatives au secret des affaires concernant les accords de remise	11

Amendement – Rendre obligatoires les dispositions existantes de révision des prix des médicaments afin de s'assurer que les pouvoirs publics les

révisent à la baisse

	13
Amendement – Renforcer la transparence de l’information et la démocratie sanitaire en permettant une représentation des usagers au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS)	
	15
Amendement – Garantir la transparence réelle des montants des investissements publics de recherche et de développement	
	16
Amendement – Prolongation de l’expérimentation d’accompagnement à l’autonomie en santé	
	18
Amendement - Sanctuariser les crédits des PASS au sein du FIR	20

Amendements de réaction au texte

1 – Production publique de thérapies génique ou cellulaire

Amendement soutenu par :



Dispositif

A l'article 35

Après l'alinéa 4, insérer un alinéa ainsi rédigé :

“Les mots «, à l'exception des produits de thérapies génique ou cellulaire, » sont supprimés.”

Exposé des motifs

La crise sanitaire a mis en évidence la mobilisation des établissements publics pour produire en urgence des médicaments critiques en appui des actions engagées par ailleurs. Si, d'une part, les ruptures de stock se sont révélées un volet important des dysfonctionnements du marché pharmaceutique national, d'autre part, les prix élevés de la thérapie génique fabriquée industriellement fragilisent, ceci depuis bien avant la crise sanitaire, la soutenabilité de notre système de santé publique. Les tels prix élevés accentuent notre dépendance vis-à-vis des firmes détentrices des droits exclusifs autour des thérapies géniques développées ou mises sur le marché, pourtant issues de la recherche financée par des fonds publics.

Cette dépendance fut de nouveau exposée par le retrait de Bluebird Bio du marché européen au début du mois d'août, après l'échec d'un accord avec les payeurs européens pour le remboursement du Zynteglo, approuvé pour le traitement de la bêta-thalassémie. La base de négociation avancée par l'entreprise pharmaceutique était de \$1.8 million pour une thérapie à dose unique.

La production, par des structures publiques, de thérapies génique ou cellulaire représente une alternative à cette dépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et biotechnologique. L'engagement des centres publics qui détiennent la capacité à relever le défi de la production locale peut être une alternative en cas de pratiques abusives par le détenteur des technologies, notamment lorsque l'État prend une licence d'office, selon les termes de l'article L613-16 du CPI, dans l'intérêt de la santé publique.

Cet amendement a donc pour objet de supprimer l'exception prévue dans le 2° L. 5121-1 du code de la santé publique proposée aux produits de thérapies génique ou cellulaire, pour permettre l'autorisation d'une telle production par des structures hospitalières.

2 – Rapport de l'IGAS sur l'expérimentation de l'accès direct

Amendement soutenu par :



Dispositif

Article 36

Au dernier alinéa, les mots “Le contenu de cette évaluation est précisé par décret” sont remplacés par les mots : “Ce rapport est rédigé par l’Inspection générale des affaires sociales et présente, en particulier, les demandes déposées pour bénéficier du dispositif et leurs caractéristiques notamment les évaluations de la Haute Autorité de santé relatives aux comparateurs, à l’amélioration du service médical rendu ainsi que leur population cible, les aires thérapeutiques visées et leur gravité ou rareté le cas échéant, l’évolution parallèle du nombre de dépôts de demandes d’autorisations d’accès précoce au titre de l’article L. 5121-12 du code de la santé publique et leur temporalité, la durée des accès directs, le nombre de patients traités pendant cet accès anticipé, les dépenses engagées au titre de cet accès dont les indemnités et accords de remise, le passage ou non dans le remboursement de droit commun, les modalités et les conditions tarifaires de cet éventuel passage dans le droit commun, notamment au regard de spécialités comparables n’ayant pas bénéficié du dispositif. Le rapport étudie la pertinence d’une pérennisation du dispositif au terme de l’expérimentation au regard des éléments précités.

Exposé des motifs

Ce dispositif expérimental pourrait permettre une avancée pour un accès plus direct aux traitements. Cet amendement vise à préciser le contenu du rapport remis par le Gouvernement au Parlement.

En effet, il convient que le Parlement, ainsi que la société civile, soient en mesure de juger si l’expérimentation permet une réelle amélioration du service médical en garantissant un accès plus direct à certains traitements à l’ensemble de la population cible définie par la commission de la transparence de la HAS et sur l’ensemble du territoire national. A cette fin, il est nécessaire que la représentation nationale puisse s’appuyer sur le rapport d’une autorité indépendante, telle que l’Inspection générale des affaires sociales, rendant publics toutes les informations nécessaires au jugement de l’effectivité et du coût de cette expérimentation : le nombre de bénéficiaires et la distribution territoriale, la liste des traitements concernés par l’expérimentation, ainsi que le coût pour le contribuable, notamment en indiquant les indemnités et les accords de remise avec les laboratoires pharmaceutiques.

3 – Assurer que l’assurance maladie n’ait pas la charge de la réindustrialisation du pays dans le domaine pharmaceutique

Amendement soutenu par :



Dispositif :

Article 38

Supprimer cet article.

Exposé des motifs :

Cet article propose de valoriser les relocalisations en France et en Europe par des prix plus élevés pour les produits de santé issus des industries concernées. La cour des comptes signalait déjà dans son rapport de 2017 que, si des interventions directes des pouvoirs publics dans la fixation du prix des médicaments pour des motifs industriels et d’emploi ne sont ni nouvelles, ni propres à la France, il apparaît dommageable que l’assurance maladie, dont le déficit reste considérable, soit ainsi mise à contribution pour financer une « politique industrielle » pour laquelle existent d’autres outils plus pertinents, comme le crédit d’impôt recherche. Ainsi, le prix des médicaments supporté par le budget de l’assurance maladie ne peut figurer comme une incitation appropriée pour régler des défaillances de la politique industrielle, notamment celles liées aux pénuries et ruptures de stock.

Par ailleurs, l’ajout de l’article 38 laisse les contribuables sans aucun garde-fou quant aux critères qui seraient retenus pour analyser « l’implantation des sites de production », et quant à qui serait chargé d’analyser ces informations. Cet aspect est particulièrement problématique face à l’absence de transparence, d’une part, des prix finaux des médicaments, d’autre part, des investissements publics directs et indirects perçus par les industriels, autant d’informations couvertes par le secret des affaires, et qui, par conséquent, ne font pas l’objet d’un contrôle indépendant. Enfin, de nombreuses incitations publiques sont d’ores et déjà mises à disposition des industriels, sans contreparties contractuelles d’intérêt public. Par conséquent, leur mésusage par ses bénéficiaires ne devrait pas peser sur le budget particulièrement fragilisé de l’assurance maladie.

Enfin, cette mesure introduit dans le droit commun une disposition d’ores et déjà existante dans l’accord-cadre du Comité économique des produits de santé (CEPS) et des Entreprises du médicament (Leem), signé en mars dernier et effectif jusqu’en 2024. Elle sanctuarise donc inutilement une mesure pensée dans l’urgence de la crise sanitaire, faisant suite aux nombreux dysfonctionnements des

chaînes d'approvisionnement de médicaments essentiels du fait d'une hausse de la demande mondiale, et n'ayant à ce jour fait aucune preuve de son efficacité pour combler lesdits dysfonctionnements.

Cet amendement vise donc à supprimer cette mesure.

3bis – Prendre en compte l'effort public de réindustrialisation et de recherche et développement dans la définition des prix des produits de santé

Amendement soutenu par :



Dispositif :

Article 38

I. Au deuxième alinéa de cet article, remplacer les mots « de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production » par « des seuls coûts supplémentaires découlant de l'implantation de nouveaux sites de production en France ou en Europe, ayant notamment pour finalité d'améliorer la sécurité d'approvisionnement du marché français en médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4 du code de la santé publique. Le montant des investissements publics directs ou indirects ayant bénéficié au développement de ces produits est déduit du calcul de ces coûts supplémentaires et rendu public. Pour chaque produit considéré, des exigences de disponibilité des produits et de continuité de production sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale”.

II. En conséquence, procéder à la même modification au quatrième alinéa.

Exposé des motifs :

Cet article propose de valoriser les relocalisations en France et en Europe dans la détermination des prix des produits de santé concernés. Dans le but d'assurer des négociations équitables entre le Comité économique des produits de santé et les entreprises concernées, cet amendement propose de ne prendre en compte que le surcoût engendré par de telles relocalisations, et de considérer également les investissements publics qui bénéficient à ces mêmes entreprises. Enfin, répondant aux engagements de la France à l'Assemblée mondiale de la santé en 2019 dans le cadre de la résolution

visant à améliorer la transparence des marchés de médicaments, cet amendement propose de rendre publics l'ensemble de ces montants.

4 – Permettre aux usagers du dispositif « Halte Soins Addictions » un parcours de santé globale

Dispositif :

Article 43

- I. Aux alinéas 3 et 5 de cet article, remplacer les mots « halte “soins addictions” » par « halte “santé addictions” »
- II. A l’alinéa 3 de cet article, remplacer les mots « aux soins » par « à la santé et aux droits »
- III. Après le 2° de cet article insérer un 3° ainsi rédigé :

"Au II., remplacer les mots « comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins. », par « comprenant des professionnels de santé et du secteur du médico-social ainsi que des acteurs de la promotion de la santé, également chargée de faciliter leur accès à la santé et aux droits »"

Exposé des motifs :

Cet article propose de prolonger l’expérimentation des salles de consommation à moindre risque sous le format de halte « soins addiction ». La réduction des risques et des dommages liés à l’usage de produits psychoactifs, telle que définie par l’article L.3411-8 du code de la santé publique, appréhende la prise en charge des usagers-ères de produits psychoactifs dans une approche de santé globale et de parcours en santé : accès aux soins, à la prévention, à la santé, aux droits, insertion.

Cet amendement propose de renforcer et de consacrer l’approche en parcours en santé globale de ce dispositif.

Ainsi, le I. propose que cette offre d’accompagnement soit renommée « Halte Santé Addiction ». Les II. et III. proposent une modification lexicale visant à parler de santé plutôt que de soins. Le III. intègre les acteurs de promotion de la santé et l’accès aux droits dans le dispositif.

Amendements – Garantir la transparence des prix réels de produits de santé

Amendements soutenus par :



1 – Publier les conventions entre le CEPS et les entreprises

Dispositif

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 38, insérer un article ainsi rédigé :

Au troisième alinéa du I de l'article L162-17-3 du code de la sécurité sociale :

1. Après le mot : « tarifs », sont insérés les mots : « , les conventions mentionnées à l'article L. 162-16-4 »
2. Après le mot : « publiés », sont insérés les mots : « au Bulletin officiel des produits de santé et »

Exposé des motifs

En cohérence avec la résolution sur la transparence du marché des médicaments, vaccins et produits de santé votée par la France à l'Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2019, cet amendement propose de rendre publiques les conventions signées par le CEPS avec l'industrie pharmaceutique, dont les remises accordées.

Aujourd'hui, seul le prix facial des médicaments est publié au Journal officiel, et les informations détaillées sur ce qui est réellement payé par le système de santé ne sont pas disponibles. Pourtant, les prix des produits de santé ont un impact direct sur l'accès aux soins pour les patient-e-s et sur les finances publiques, puisque remboursés par l'assurance maladie. L'absence de transparence en la matière est donc un problème démocratique et sanitaire.

Selon le rapport de l'Assurance maladie Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses en date de Juillet 2020, l'impossibilité de connaître le détail des remises négociées « pose à la fois un problème national, puisque la politique de régulation des prix du médicament se trouve construite sur des bases erronées, ainsi qu'au niveau international dès lors que les comparaisons et les informations tarifaires provenant d'autres pays qui servent pour la fixation des prix ne sont pas fiables. »

L'accès à une information complète, notamment sur les différences entre prix facial et prix réel par suite des diverses remises (taux L, clauses et remises spécifiques, dispositifs alternatifs de conventions, contrats de performance...), permettrait une vision éclairée pour les parlementaires et la société civile sur les finances publiques et sur la politique publique du médicament. Il s'agit alors par cet amendement d'organiser la transparence sur les prix, de lutter contre l'asymétrie d'information qui prévaut dans les relations entre les pouvoirs publics et les industries pharmaceutiques et ainsi de renforcer notre démocratie sur les questions de santé et d'accès aux soins par un renforcement du droit à l'information des citoyen-ne-s.

2 – Supprimer les obligations relatives au secret des affaires concernant les accords de remise

Dispositif :

ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 38, insérer un article ainsi rédigé :

Au quatrième alinéa du I de l'article L162-18 du code de la sécurité sociale, supprimer la phrase : « Lorsqu'il traite des remises, le comité respecte l'ensemble des obligations relatives au secret des affaires. »

Exposé des motifs

En cohérence avec la résolution sur la transparence du marché des médicaments, vaccins et produits de santé votée par la France à l'Assemblée Mondiale de la Santé en mai 2019, cet amendement propose de supprimer les références au secret des affaires concernant les remises déterminées dans les conventions signées par le CEPS avec l'industrie pharmaceutique. Les remises sont des décisions propres du CEPS qui ne relèvent pas du droit des affaires.

Selon le rapport de l'Assurance maladie Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses en date de Juillet 2020, l'impossibilité de connaître le détail des remises négociées « pose à la fois un problème national, puisque la politique de régulation des prix du médicament se trouve construite sur des bases erronées, ainsi qu'au niveau international dès lors que les comparaisons et les informations tarifaires provenant d'autres pays qui servent pour la fixation des prix ne sont pas fiables. »

Dans le rapport précité, l'Assurance maladie rappelle que les « médicaments possèdent certaines caractéristiques justifiant leur régulation par la puissance publique ». La régulation des prix s'exerce dans un partenariat conventionnel associant notamment le CEPS et le Leem, devant permettre un contrôle des dépenses par les pouvoirs publics et la mise en place de mesures assurant l'efficacité de la prise en charge. Il doit également offrir une visibilité dans le temps aux différents acteurs par l'échange d'informations. Ces précisions visent à lutter contre l'asymétrie d'information qui prévaut dans les relations entre les pouvoirs publics et les industries pharmaceutiques. L'assurance maladie souligne que, ce partenariat nécessite « *une forme d'équilibre, qui suppose elle-même une information symétrique entre toutes les parties* » or ce « *n'est pas le cas ici, où industriels, prescripteurs, patients et régulateurs ne disposent pas des mêmes données* ».

L'accès à une information complète, notamment sur les différences entre prix facial et prix réel par suite des diverses remises permettrait une vision éclairée pour les parlementaires et la société civile sur les finances publiques et sur la politique publique du médicament.

Amendement – Rendre obligatoires les dispositions existantes de révision des prix des médicaments afin de s’assurer que les pouvoirs publics les révisent à la baisse

Amendement soutenu par :



Dispositif

Article additionnel

Après l’article 38, insérer un article ainsi rédigé :

L’article L.162-16-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le II, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Le prix de vente doit être révisé à un niveau inférieur ou baissé, par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé :

« 1° Au plus tard au bout de cinq ans pour les médicaments ayant demandé et obtenu une ASMR de niveau I à III et recueilli un avis médico-économique de la CEESP ; pour les médicaments auxquels a été reconnue une ASMR IV par rapport à des médicaments ayant obtenu récemment une ASMR de niveau I à III et pour lesquels un avis médico-économique de la CEESP est disponible et s’il ressort de l’avis de la commission de la transparence que cette évaluation est plus favorable que celle qui leur aurait valu un partage d’ASMR par rapport à ces comparateurs ; pour les médicaments antibiotiques à base d’une nouvelle substance active ayant obtenu une ASMR IV ;

« 2° Au plus tard au bout de trois ans pour les autres ;

« 3° En cas d’extension d’indication thérapeutique ayant un effet sur le nombre de patients ou le volume des ventes. »

2° Le III, est complété par les mots : « et le nombre de patients ou volume des ventes donnant lieu à une révision de prix ». »

Exposé des motifs

Dans son rapport de septembre 2017 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes recommande de renforcer le dispositif de révision des prix en France.

En effet, si les critères de révision des prix des médicaments sont définis par la loi depuis la LFSS 2017, il n'existe pas d'obligation de révision des prix. La Cour des comptes recommande de les établir dans trois cas : à l'issue des cinq années de garantie de prix européen, qui interdit à l'État de fixer un prix inférieur au prix facial le plus bas pratiqué en Allemagne, Italie, Espagne et Royaume-Uni pour les médicaments les plus innovants, maintenant donc des prix élevés pendant la durée de la garantie ; au bout de trois ans pour les autres médicaments ; et en cas d'extension d'indications thérapeutiques, un médicament pouvant être vendu pour une indication visant une population limitée (permettant l'obtention d'un prix élevé), et obtenir par la suite des extensions d'indication à une population plus large sans que le prix change.

Cet amendement vise donc à déterminer légalement les conditions du déclenchement de la révision des prix dans trois cas : au bout de cinq ans pour les médicaments les plus innovants soumis à la garantie de prix européen, au bout de trois ans pour les autres, et en cas d'extension d'indication thérapeutique.

Amendement – Renforcer la transparence de l'information et la démocratie sanitaire en permettant une représentation des usagers au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS)

Amendement soutenu par :



Dispositif :

Article additionnel

Après l'article 38, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le quatrième alinéa du I de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ainsi que deux représentants des associations agréées d'usagers du système de santé selon l'article 1114-1 du Code de la santé publique »

Exposé des motifs :

La représentation des usagers découle d'un principe général codifié à l'article L. 1114 1 du code de la santé publique. Transparence et participation citoyenne doivent s'appliquer, dans le domaine du médicament comme pour les autres questions de santé.

La présence de représentants des usagers du système de santé permettra de respecter le principe général dégagé par le législateur et d'accroître la transparence des activités du Comité économique des produits de santé (CEPS). Il ne s'agit donc pas seulement de garantir un haut niveau d'information des usagers mais de les impliquer dans les processus de décision, au titre de ce qu'il est convenu d'appeler, depuis 2002, la démocratie sanitaire. Il est proposé la participation d'un représentant des usagers au sein de la section médicaments, et d'un représentant dans la section des dispositifs médicaux.

Amendement – Garantir la transparence réelle des montants des investissements publics de recherche et de développement

Amendement soutenu par :



Dispositif :

Article additionnel

Après l'article 38, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« L'article L162-17-4-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après les mots « du comité économique des produits de santé » sont insérés les mots « l'état de la propriété intellectuelle, les éventuelles opérations de rachats ou fusions d'entreprises et » ;

2° Après les mots « investissements publics » sont insérés les mots « directs et indirects » ;

3° Après les mots « pour le développement » sont insérés les mots « pour chacun ». »

Exposé des motifs :

La principale justification des industriels à un prix élevé du médicament est le fort coût de recherche et développement (R&D) mis en œuvre pour pouvoir développer un nouveau médicament. Or, comme le rappelle l'Assurance maladie dans son rapport Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, une part non négligeable des dépenses de R&D provient de financements publics, et le manque de transparence rend difficilement distinguable la part des investissements publics et privés pour le développement d'une nouvelle molécule. Cela « *rend plus difficile encore l'évaluation du fondement des demandes de prix avancées par les industriels* ».

Cet amendement vise donc à assurer une réelle transparence des montants des investissements publics de recherche et de développement (R&D) bénéficiant aux entreprises pour de nouveaux médicaments. Il vient détailler les dispositions relatives à la transparence de ces investissements adoptées dans le cadre du PLFSS 2021 pour rendre le dispositif opérant.

La première modification permet d'accéder à l'information sur la généalogie des molécules à travers des déclarations des industriels des éventuels rachats de brevets ou d'entreprises qui leur ont permis d'obtenir leurs droits de commercialisation. Il permet donc d'inclure dans le dispositif les

investissements publics qui ont bénéficié aux différents acteurs impliqués dans la R&D d'un produit de santé.

La seconde modification précise la nature de ces investissements publics, incluant les investissements indirects (exonérations d'impôts ou de cotisations). En effet, des aides telles que le Crédit d'impôt recherche, le crédit d'impôt innovation ou encore le statut Jeune entreprise innovante constituent la plus grande part de l'effort public de recherche et de développement.

La dernière modification permet d'obtenir ces données médicament par médicament, donc dans un format plus adapté à des négociations de prix menées pour chaque produit. Par ailleurs, cette modification permet d'accéder à l'information pour un produit sur le temps long de la R&D, contrairement à des données agrégées par entreprise au titre de l'année précédente. De fait, la lisibilité des données ne peut être dissociée de l'impératif de transparence qui motive cette mesure.

Cette proposition s'inscrit dans la continuité des engagements pris par la France à l'Assemblée mondiale de la santé dans le cadre de la résolution visant à assurer la transparence des marchés de médicaments.

Amendement – Prolongation de l'expérimentation d'accompagnement à l'autonomie en santé

Amendement soutenu par :



Dispositif :

Article additionnel

Après l'article 45

I. L'article 92 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi modifié :

Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

"Les projets retenus dans le cadre de ce dispositif peuvent voir leur financement prolongé d'une durée allant jusqu'à trois ans."

II. La charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts

Exposé des motifs

Les évaluations des expérimentations introduites par l'article 92 de la loi de modernisation du système de santé arriveront à leur terme en octobre 2022. Les résultats découlant de ces évaluations seront rendus fin 2023.

Cela représente un laps de temps durant lequel les missions d'accompagnement à l'autonomie en santé prise en charge dans le cadre du dispositif article 92 seront interrompues, laissant aux ARS seules la décision de poursuivre les projets avec des bouts de financement et sans évaluation.

Afin d'éviter les ruptures dans le parcours de santé des personnes actuellement incluses dans ces parcours, il est proposé de prolonger jusqu'à fin 2024 l'expérimentation de ce dispositif répondant à

des intérêts collectifs de santé publique et individuels. Cette prolongation correspond au temps d'évaluation, à la remise du rapport d'évaluation au Parlement, et l'instruction du rapport.

Amendement - Sanctuariser les crédits des PASS au sein du FIR

Amendement soutenu par :



Dispositif :

Article additionnel

Après l'article 56, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Compléter le 4° de l'article L.1435-9 du code de la santé publique par un :

c) Les crédits destinés au financement des permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L.6112-6 du code de la santé publique et aux coûts liés à l'afflux importants de patients en situation de précarité dans les établissements de santé.

Exposé des motifs :

Plusieurs missions d'intérêt générales sont intégrées au budget des établissements de santé (sous-ONDAM établissements de santé). Le Ministère des Solidarités et de la Santé a décidé du transfert de certaines MIG au sein du Fonds d'Intervention Régional (FIR) gérés par les Agences Régionales de Santé (ARS) (sous ONDAM FIR). C'est notamment le cas des crédits dédiés aux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et à la MIG Précarité.

Les PASS sont des dispositifs très importants pour permettre l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus précaires. Au sein du service public hospitalier, les PASS ont un rôle essentiel dans l'organisation de notre système de santé. Lieu de soins et d'accès aux droits, les personnes en situation de précarité peuvent avoir accès à des soins de médecine générale ou de spécialités, réaliser des examens médicaux, recevoir gratuitement des médicaments, être accompagnées dans leur démarche d'accès aux droits et, en particulier d'obtention d'une protection maladie, dans le but de faciliter leur accès au système de santé, la continuité des soins, et éviter le recours aux services d'urgences.

La MIG précarité est un complément de la tarification des séjours visant à compenser financièrement les surcoûts liés à la prise en charge des personnes démunies dans les établissements de santé. Ces surcoûts peuvent être de différentes natures : durées de séjours supérieures, temps médical et non médical nécessaire plus important, difficultés de recouvrement. Par exemple, en 2018, 273 établissements de santé ont bénéficié de ces financements complémentaires pour un montant global de 191 166 433 € selon le ministère des solidarités et de la santé.

Le présent amendement prévoit de sanctuariser et sécuriser les crédits de l'ex MIG PASS et de l'ex MIG précarité au sein du FIR, comme le code de la santé publique le prévoit déjà pour les enveloppes dites

protégées concernant la prévention et le médico-social, qui font exception au libre redéploiement des crédits FIR par les ARS.

Sanctuariser ces crédits, c'est garantir l'accès au système de soins pour toutes et tous, et limiter l'accroissement des inégalités sociales et territoriales de santé, et protéger la santé individuelle et la santé publique.