



N° 3524

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 9 janvier 2002.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES
ET SOCIALES⁽¹⁾ SUR LA PROPOSITION DE LOI de M. Jean Le GARREC (n° 3520)
*portant **rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les
organismes d'assurance maladie,***

PAR M. CLAUDE EVIN,
Député.

(1) La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

La Commission des affaires culturelles, familiales et sociales est composée de : M. Jean Le Garrec, *président* ; M. Jean-Michel Dubernard, M. Jean-Paul Durieux, M. Maxime Gremetz, M. Édouard Landrain, *vice-présidents* ; Mme Odette Grzegorzulka, M. Denis Jacquat, M. Patrice Martin-Lalande, *secrétaires* ; Mme Sylvie Andrieux-Bacquet, M. Léo Andy, M. Didier Arnal, Mme Marie-Hélène Aubert, M. Gautier Audinot, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, M. Jean-Paul Bacquet, M. Jean-Pierre Baeumler, M. Pierre-Christophe Baguet, M. Jean Bardet, M. François Baroin, M. Jean-Claude Bateux, M. Jean-Claude Beauchaud, Mme Huguette Bello, Mme Yvette Benayoun-Nakache, M. Serge Blisko, M. Patrick Bloche, M. Alain Bocquet, Mme Marie-Thérèse Boisseau, M. Jean-Claude Boulard, M. Bruno Bourc-Broc, Mme Christine Boutin, M. Jean-Paul Bret, M. Victor Brial, M. Yves Bur, M. Alain Calmat, M. Pierre Carassus, M. Pierre Cardo, Mme Odette Casanova, M. Laurent Cathala, M. Jean-Charles Cavaillé, M. Bernard Charles, M. Michel Charzat, M. Jean-Marc Chavanne, M. Jean-François Chossy, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Georges Colombier, M. René Couanau, Mme Martine David, M. Bernard Davoine, M. Bernard Deflesselles, M. Lucien Degauchy, M. Marcel Dehoux, M. Jean Delobel, M. Jean-Jacques Denis, M. Dominique Dord, Mme Brigitte Douay, M. Guy Drut, M. Jean Dufour, M. Nicolas Dupont-Aignan, M. Yves Durand, M. Christian Estrosi, M. Michel Etiévant, M. Claude Evin, M. Jean Falala, M. Jean-Pierre Foucher, M. Michel Françaix, Mme Jacqueline Fraysse, M. Germain Gengenwin, Mme Catherine Génisson, M. Jean-Marie Geveaux, M. Jean-Pierre Giran, M. Michel Giraud, M. Gaétan Gorce, M. François Goulard, M. Gérard Grignon, M. Jean-Claude Guibal, M. Francis Hammel, M. Pierre Hellier, M. Michel Herbillon, Mme Françoise Imbert, Mme Muguette Jacquaint, M. Serge Janquin, M. Jacky Jaulneau, M. Patrick Jeanne, M. Armand Jung, M. Bertrand Kern, M. Christian Kert, M. Jacques Kossowski, Mme Conchita Lacuey, M. Jacques Lafleur, M. Robert Lamy, M. Pierre Lasbordes, M. André Lebrun, M. Michel Lefait, M. Maurice Leroy, M. Patrick Leroy, M. Michel Liebgott, M. Gérard Lindeperg, M. Lionnel Luca, M. Patrick Malavieille, M. Alfred Marie-Jeanne, M. Marius Masse, Mme Jacqueline Mathieu-Obadia, M. Didier Mathus, M. Jean-François Mattei, M. Pierre Menjucq, Mme Hélène Mignon, M. Pierre Morange, M. Hervé Morin, M. Renaud Muselier, M. Philippe Nauche, M. Henri Nayrou, M. Alain Néri, M. Yves Nicolin, M. Bernard Outin, M. Dominique Paillé, M. Michel Pajon, M. Vincent Peillon, M. Bernard Perrut, M. Pierre Petit, M. Jean-Luc Prével, M. Jacques Rebillard, M. Alfred Recours, Mme Chantal Robin-Rodrigo, M. Marcel Rogemont, M. Yves Rome, M. Jean Rouger, M. Rudy Salles, M. André Schneider, M. Bernard Schreiner, M. Patrick Sève, M. Michel Tamaya, M. Pascal Terrasse, M. Gérard Terrier, Mme Marisol Touraine, M. Anicet Turinay, M. Jean Ueberschlag, M. Jean Valleix, M. Alain Veyret, M. Philippe de Villiers, M. Philippe Vuilque, Mme Marie-Jo Zimmermann.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I.- UN SYSTÈME CONVENTIONNEL PARALYSÉ	7
A. UNE HISTOIRE MOUVEMENTÉE.....	7
1. Le système de 1971	7
<i>a) Le régime juridique</i>	7
<i>b) Les conventions médicales de 1971 à 1989</i>	7
2. Le système conventionnel de 1990 à 1996.....	9
<i>a) La cinquième convention nationale (1990-1992)</i>	9
<i>b) Les négociations conventionnelles de 1991 à 1993</i>	10
<i>c) La loi du 4 janvier 1993</i>	11
3. Les ordonnances d'avril 1996 et les conventions médicales du 12 mars 1997.....	11
B. L'INSTABILITÉ JURIDIQUE DU SYSTÈME.....	12
1. Le constat : un dispositif ayant une nature juridique inadaptée	12
2. Les exemples récents.....	13
C. LA RÉFORME INABOUTIE DE 1999.....	15
1. L'année 2000 : dépassement de l'objectif délégué de soins de ville.....	16
2. L'année 2001 : vers la fin de la régulation par les rapports d'équilibre	16
II.- UNE INDISPENSABLE RÉNOVATION DU CADRE CONVENTIONNEL	19
A. LES CONCLUSIONS DU « GRENELLE DE LA SANTÉ ».....	19
1. Les recommandations de la mission de concertation.....	19
2. Les propositions du Gouvernement	20
B. UNE NECESSAIRE INTERVENTION DU LÉGISLATEUR	22
1. L'article 18 du projet de loi de financement pour 2002.....	22
2. La présente proposition de loi : un dispositif novateur.....	25
<i>a) Un cadre conventionnel à trois étages</i>	25
<i>b) Le système de suivi des objectifs de dépenses est modifié</i>	27

TRAVAUX DE LA COMMISSION	29
<i>Article 1^{er}</i> (articles L. 162-1-11 et L. 162-15 du code de la sécurité sociale) : Création d'un accord-cadre entre la CNAMTS et le Centre national des professions de santé.....	32
<i>Article 2</i> (articles L. 162-14-1 nouveau et L. 162-14-2 nouveau du code de la sécurité sociale) : Contenu des conventions professionnelles	33
<i>Article 3</i> (articles L. 162-12-17, L. 162-12-1-8 et L. 162-12-20 nouveau du code de la sécurité sociale) : Réforme des accords de bon usage des soins et des contrats de bonne pratique	35
<i>Article 4</i> (article L. 162-12-20 nouveau du code de la sécurité sociale) : Création des contrats de santé publique.....	37
<i>Article 5</i> (articles L. 162-15-2, L. 162-15-3 et L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale) : Suppression de la régulation unilatérale par les caisses	38
<i>Article 6</i> (articles L. 162-14, L. 322-5 à L. 322-5-5, 645-2-1 du code de la sécurité sociale) : Diverses dispositions de cohérence et validation des actes pris en application de la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes.....	39
 TEXTE ADOPTÉ PAR LA COMMISSION	 41
 TABLEAU COMPARATIF	 47

INTRODUCTION

Le 21 décembre 2001, au moment où l'Assemblée nationale suspendait ses travaux pour les fêtes de fin d'année, M. Jean Le Garrec, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, M. Jean-Marc Ayrault, président du groupe socialiste, et le rapporteur, également en charge de la branche assurance maladie au sein de la loi annuelle de financement de la sécurité sociale, ont déposé la présente proposition de loi. Aucun mystère n'entoure la naissance de ce texte, « portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie ». Il est, en effet, la reprise presque à l'identique de l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, annulé par le Conseil constitutionnel le 18 décembre.

Cette proposition de loi est donc une double réponse, pour ne pas dire une double réplique.

Réponse de forme. L'article 18 a été censuré exclusivement pour des raisons de procédure. Le Conseil constitutionnel a considéré que les dispositions introduites par amendement gouvernemental en deuxième et nouvelle lecture, au sein d'un article 10 A voté en première lecture, devaient être considérées comme « nouvelles » et ne répondaient pas aux conditions définies par le Conseil pour l'introduction d'amendements après la réunion de la commission mixte paritaire. Cet accident de procédure, somme toute imprévisible - les règles de procédure ayant été respectées à la lettre - conduit la majorité et le Gouvernement à rechercher la solution la plus souple et la plus rapide pour rétablir le texte censuré et lui donner force de loi avant l'interruption définitive des travaux du Parlement le 22 février 2002.

Réponse de fond surtout. Depuis 1971, un dispositif conventionnel national organise la participation des caisses d'assurance maladie aux remboursements des soins et prescriptions délivrés par les professionnels de santé. Il vise ainsi à concilier les deux caractéristiques dont la coexistence fait l'une des spécificités du système français de protection sociale : l'exercice libéral de la médecine et des professions paramédicales assorti du libre accès à leurs soins et prescriptions d'une part, une assurance maladie obligatoire d'autre part. Initialement limitées à la fixation d'un tarif unique à l'échelle nationale pour l'ensemble des professionnels, les conventions ont vu leur champ et leur objet s'élargir pour englober une part croissante des composantes de la relation entre le patient et les professionnels de santé. Elles comprennent principalement deux types de dispositions : celles visant à la régulation collective des systèmes de soins et celles qui dans une optique plus qualitative visent à modifier les pratiques individuelles.

Cette ambition croissante a rencontré des limites de plus en plus évidentes. Les conventions n'ont réussi ni à assurer la régulation des dépenses, ni à modifier les pratiques individuelles. Plus fondamentalement, le cadre conventionnel lui-même, tel qu'il s'est développé, débouche sur des difficultés juridiques de fond.

S'il en était besoin, la grève des gardes de nuit et de week-end menée actuellement par certains médecins généralistes souligne l'état de délabrement du système conventionnel qui est censé régir les rapports entre l'assurance maladie et les professions médicales. Il s'agit bien d'une détérioration progressive d'un système qui n'a cependant jamais été épargné depuis sa création par toutes sortes de péripéties. Cette détérioration en est arrivée à un point, où en raison notamment de l'extrême fragilité juridique des instruments conventionnels, un simple ravaudage de plus ne saurait suffire. Il n'est donc pas surprenant d'entendre le président de la Caisse nationale d'assurance maladie, M. Jean-Marie Spaeth, déclarer que la négociation sur la rémunération des généralistes «aura lieu dans le cadre de la nouvelle loi sur les rapports conventionnels qui va être redébatue le 10 janvier à l'Assemblée nationale». Une réforme d'ensemble est devenue indispensable. Telle est l'ambition de la présente proposition de loi.

I.- UN SYSTÈME CONVENTIONNEL PARALYSÉ

A. UNE HISTOIRE MOUVEMENTEE

1. Le système de 1971

a) Le régime juridique

Depuis la loi du 3 juillet 1971, les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé sont réglées par des conventions conclues entre les syndicats représentatifs des professionnels de santé et deux au moins des caisses nationales d'assurance maladie. Cette règle a été modifiée par la loi du 10 juillet 1975 qui a décidé que du côté des médecins, la signature d'une seule organisation syndicale représentative serait suffisante.

Les conventions et leurs avenants ou annexes n'entrent en vigueur, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, qu'après approbation par arrêté interministériel, le conseil national de l'Ordre devant être consulté sur les dispositions relatives à la déontologie médicale avant cette approbation.

Dès leur approbation, la ou les conventions nationales sont applicables à l'ensemble des médecins concernés. Toutefois, elles ne sont pas applicables :

- aux médecins qui ont fait connaître à la caisse primaire leur volonté de rester « hors convention » ;
- aux médecins que la caisse primaire d'assurance maladie a décidé de placer hors convention pour violation des engagements prévus par celle-ci.

Primitivement conclues pour une durée de cinq ans, les conventions ont été par la suite conclues pour une durée de quatre ans, renouvelable par tacite reconduction.

b) Les conventions médicales de 1971 à 1989

• La première convention nationale (1971-1975)

La convention a été conclue entre les trois caisses nationales concernées et la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF). De nouvelles structures de concertation, les commissions médico-sociales paritaires nationale et locales, ont été créées pour constituer un lieu de dialogue permanent.

La convention aménageait un processus complexe et novateur pouvant conduire au « déconventionnement » des praticiens qui, en dépit d'avertissements conserveraient un comportement réellement anormal, apprécié à partir de « tableaux statistiques d'activité des praticiens » (TSAP), souvent appelés « profils médicaux ».

La convention comportait également une nouvelle réglementation du droit à dépassement.

Très peu de praticiens se «dégagèrent», mais en dépit de ce succès, l'application du nouveau système se heurta à diverses difficultés : il s'avéra notamment quasi impossible de déconventionner ceux qui ne jouaient pas le jeu.

- **La deuxième convention nationale (1976-1981)**

Cette deuxième convention, du 3 février 1976, apporta de simples retouches aux dispositions antérieures.

- **La troisième convention (1980-1985)**

Les négociations préalables à la conclusion de la troisième convention nationale révélèrent une opposition radicale des points de vue. Le Gouvernement souhaitait ramener le rythme d'évolution des dépenses de santé au rythme d'évolution du produit national, en fixant chaque année une enveloppe globale des dépenses dues à la médecine ambulatoire par référence au PIB ou aux recettes de l'assurance maladie. Le corps médical, au contraire, avant tout désireux de préserver un niveau de vie soumis à la double menace d'une telle enveloppe et des effets d'une démographie médicale galopante, dénonçait toute tentative de régulation comme une atteinte aux droits des malades.

La troisième convention nationale, signée le 29 mai 1980 par la seule Fédération des médecins de France (FMF) puis par la CSMF le 30 janvier 1981, tentait un compromis.

Les parties devaient fixer chaque année des objectifs de dépenses portant, d'une part, sur les honoraires, d'autre part sur les prescriptions, compatibles avec les recettes disponibles de l'assurance maladie et, en cas d'écart négatif, trouver une solution soit dans une meilleure utilisation du système de soins, soit dans le niveau des revalorisations successives des honoraires. L'équilibre était censé être rétabli par une compression des tarifs, les praticiens rebelles à cette compression pouvant se réfugier dans le « secteur 2 ».

En effet, la troisième convention nationale introduisait une innovation importante, l'institution de deux secteurs conventionnels :

- Le « *secteur 1* » inclut les médecins qui n'ont pas exprimé d'intention particulière et qui, de ce fait, s'engagent à respecter les tarifs annexés à la convention. En contrepartie, ils bénéficient d'avantages sociaux (maladie et vieillesse) en partie financés par les caisses.

- Le « *secteur 2* » comprend les médecins qui entendent demeurer dans le système conventionnel sans être liés par les obligations tarifaires.

- **La quatrième convention nationale (1985-1989)**

Elle a été signée, pour la première fois, par toutes les parties concernées : les trois caisses nationales d'assurance maladie d'un côté, CSMF et FMF de l'autre.

Les négociateurs ont voulu conserver les grands objectifs de la précédente convention et certaines solutions de base. Mais ils ont substitué au principe de l'enveloppe globale, trop conflictuel, une volonté commune d'allier la maîtrise

concertée de l'évolution des dépenses à un meilleur usage des soins et du système de santé.

Dans ce sens s'inscrivaient deux démarches principales : la formation continue des praticiens et la mise en œuvre de programmes d'action.

Qu'il s'agisse de fautes proprement dites ou d'un comportement pour abusif à partir de l'analyse des TSAP, les praticiens obtenaient de nouvelles garanties, de tous ordres. La possibilité d'un déconventionnement qui était déjà très faible (quelques dizaines de cas en 15 ans...) ; était presque réduite à néant.

La convention a été conclue pour une durée de quatre ans et renouvelable par tacite reconduction, dans le but d'éviter les tensions et surenchères auxquelles donnait précédemment lieu l'obligation de renégocier une nouvelle convention.

2. Le système conventionnel de 1990 à 1996

a) La cinquième convention nationale (1990-1992)

Des négociations s'engageaient en février 1989 entre caisses nationales d'assurance maladie et les confédérations de médecins. Une nouvelle confédération de généralistes, MG-France, dont la représentativité avait été finalement reconnue, intervenait désormais dans les discussions, qui portèrent sur trois thèmes dominants :

- le secteur 2 qui globalement recueillait un peu plus d'un quart des praticiens, mais, dans certaines villes une proportion considérable.
- la formation continue des praticiens et son financement par l'assurance maladie,
- la maîtrise de l'évolution des dépenses médicales.

Les négociations durèrent plus d'un an. Afin de permettre la conclusion d'un accord, la loi du 23 janvier 1990 modifia, sur deux points importants, les conditions de la négociation :

- la possibilité est désormais ouverte de conclure soit une convention unique, soit deux conventions : l'une pour les spécialistes, l'autre pour les généralistes.
- la représentativité des organisations syndicales des praticiens devra être appréciée au regard du groupe des spécialistes et au regard du groupe des généralistes.

La cinquième convention fut signée le 9 mars 1990 entre les caisses nationales d'assurance maladie et la seule Fédération des Médecins de France (FMF), et approuvée par un arrêté du 27 mars, contesté devant la juridiction administrative ¹

¹ Le Conseil d'Etat ayant annulé, par arrêt du 10 juillet 1992, l'arrêté interministériel du 27 mars 1990 portant approbation de la convention nationale, celle-ci s'est trouvée privée de toute efficacité juridique. Comme à chaque période de vide conventionnel, le Gouvernement a bloqué les tarifs médicaux (article L. 162-38) et, par instruction adressée aux caisses nationales, maintenu le remboursement des assurés sur la base de ces tarifs.

Le secteur 2 survit, mais est «gelé» pour deux ans, sauf pour les anciens chefs de clinique qui se sont installés après le 1^{er} décembre 1989. Des références nationales d'évolution de dépenses doivent être fixées chaque année sur un certain nombre de thèmes médicaux et adaptées localement par les commissions conventionnelles sur la base d'objectifs médicalisés de bon usage des soins ». Ces commissions n'ont pu être mises en place dans bon nombre de départements, de sorte qu'au regard de la maîtrise des dépenses, la convention est restée lettre morte.

Une nouvelle crise éclata un an après la signature de la convention lorsque MG-France adhéra à la convention pour signer un avenant n° 1 qui consacre largement ses vœux : cet avenant institue une « option conventionnelle de continuité de soins » par laquelle les assurés sociaux qui le désirent peuvent s'abonner pour un an auprès d'un généraliste de leur choix acceptant lui-même de participer à cette nouvelle démarche, avec système de tiers payant et établissement annuel d'une synthèse personnalisée de l'état de santé des abonnés.

Quoique la CNAM ait décidé que ces «contrats de santé» ne seraient ouverts, dans un premier temps, qu'aux personnes atteintes de maladie de longue durée, et plus tard, avec le développement des moyens «monétique», aux autres assurés, la CSMF et la FMF, appuyées par le CNPF, entrèrent en guerre contre ce dispositif. Après un changement à la présidence de la CNAM, celle-ci décida, le 20 juin 1991, de suspendre l'avenant n° 1, pourtant agréé et le 25 juin, la CSMF adhéra à la cinquième convention à la condition que cet avenant ne soit pas appliqué.

b) Les négociations conventionnelles de 1991 à 1993

Un « protocole d'orientation pour la maîtrise négociée de l'évolution des dépenses d'assurance maladie » fut conclu le 25 octobre 1991 entre les ministres (MM. Bianco et Durieux) et les caisses nationales d'assurance maladie : il prévoyait que l'Etat et les caisses négocieraient un taux d'évolution annuel global des dépenses déterminé en fonction du progrès médical, des besoins de la population et de l'évolution de la démographie. Il prévoyait aussi l'élaboration d'un dispositif de régulation effective des dépenses, le renforcement des dispositifs existants d'évaluation et de formation permanente des médecins, la mise en place du codage des actes, le développement de l'expertise en santé publique et la nécessaire coordination du système de soins, la revalorisation du rôle du médecin généraliste et la tenue d'un dossier médical. Aux professions de santé et aux caisses, il revenait de mettre en œuvre le dispositif.

L'avenant n° 3 à la convention médicale, signé le 10 avril 1992 avec la seule CSMF et approuvé le 5 mai 1992 par le ministre, M. Teulade, fixait, en contrepartie de revalorisations tarifaires, un taux prévisionnel global de dépenses pour 1992 (+ 7,05 %) concernant les honoraires et les prescriptions. Surtout, il prévoyait la procédure de fixation des objectifs annuels, tant au niveau national qu'au niveau local et des mécanismes de régulation incluant une contribution financière mise à la charge des médecins dont le comportement ne serait pas conforme aux objectifs du plan de maîtrise (suspension temporaire de la participation des caisses au financement des cotisations sociales dues par les praticiens du secteur 1 ou restitutions d'honoraires pour les praticiens du secteur 2).

Il prévoyait encore la création d'un secteur promotionnel donnant vocation à la perception d'honoraires majorés et une meilleure régulation géographique du secteur 2.

Un projet de loi reprenant les dispositions clés du protocole d'octobre 1991 fut préparé pour donner une base légale au nouveau système. Voté le 5 juin 1992 en première lecture par l'Assemblée nationale, ce projet fut retiré dès juillet par le Gouvernement en raison de l'hostilité des syndicats médicaux, y compris de la CSMF pourtant signataire de l'avenant.

Le 14 octobre 1992, l'Etat et les trois caisses nationales d'assurance maladie se mettaient d'accord sur un nouveau projet, très en retrait par rapport au précédent, projet qui est devenu la loi du 4 janvier 1993.

c) La loi du 4 janvier 1993

Le dispositif prévu par la loi du 4 janvier 1993 ¹s'articule autour de :

- la fixation d'objectifs prévisionnels annuels ou objectifs quantifiés nationaux (OQN), portant pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, à la fois sur leurs honoraires et leurs prescriptions ;

- l'établissement de normes de qualité : les références médicales opposables (RMO) à chaque médecin, à savoir l'interdiction ciblée de pratiques médicales dangereuses ou inutiles ;

- la mise en place d'outils fournissant la connaissance des pratiques médicales : le codage des actes, prescriptions et pathologies, et la responsabilisation de l'assuré (dossier de suivi médical et carnet médical) ;

- la sanction du non-respect des OQN par la non-revalorisation des honoraires et du non-respect des RMO par la non-prise en charge, par les caisses maladie, de tout ou partie des cotisations sociales des médecins du secteur 1 ou la fixation pour un montant équivalent des versements de ceux du secteur 2 ;

- la création d'unions régionales professionnelles de médecins chargées de contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

Ce dispositif a été mis en œuvre par la convention médicale signée le 21 octobre 1993 par deux syndicats (CSMF et SML) et approuvée par arrêté du 25 novembre 1993. Elle renvoie, conformément à la loi, à la signature d'annexes annuelles, la fixation des objectifs d'évolution des dépenses et des tarifs médicaux ainsi que la détermination des RMO.

3. Les ordonnances d'avril 1996 et les conventions médicales du 12 mars 1997

Les ordonnances d'avril 1996, dites « ordonnances Juppé » ont modifié considérablement le contexte mais non le cadre des négociations conventionnelles. Elles s'appuient sur ces négociations par la mise en œuvre des nouveaux principes définis et en particulier pour la régulation des dépenses de santé.

¹ modifiée sur certains points par la loi du 18 janvier 1994.

Suite à l'échec des négociations entre les caisses nationales et les syndicats médicaux - échec portant notamment sur la fixation, par avenant à la convention de 1993, du mode de sanction en cas de dérapage des dépenses par rapport à l'objectif fixé - les caisses ont, le 20 décembre 1996, dénoncé la convention de 1993. Cette dénonciation prenant effet deux mois plus tard, les partenaires conventionnels avaient jusqu'au 20 février 1997 pour négocier une nouvelle convention.

La négociation a débouché sur l'adoption de deux conventions distinctes : une pour les généralistes, l'autre pour les spécialistes, signées le 12 mars 1997.

Cette dualité de textes tient uniquement à la qualité des signataires : seuls MG-France et l'Union collégiale des chirurgiens et spécialistes français (UCCSF) ont accepté de signer ; or, le premier ne représentait que les généralistes et le second que les spécialistes. Les deux conventions ont cependant une large part identique.

Chaque convention est accompagnée d'annexes à portée annuelle.

Les deux conventions précisent les conditions de mise en œuvre des dispositions issues de l'ordonnance de 1996 :

- création d'une option conventionnelle pour assurer la coordination des soins dans le cadre des filières de soins ;

- définition des recommandations et références professionnelles et sanctions applicables en cas de non-respect par les médecins ;

- mécanismes d'adaptation par zone géographique de l'objectif prévisionnel des dépenses en fonction de critères d'âge et d'évolution de la population, de demande de soins par classe d'âge, etc. ;

- surtout, elles détaillent le mécanisme des « sanctions » prévu par l'ordonnance en cas de respect ou de non-respect de l'objectif de dépenses.

L'accord du 2 juillet 1997 entre la CNAM et MG-France a mis en œuvre l'option conventionnelle : l'assuré social se verra offrir la possibilité de s'affilier à un généraliste « référent » en passant avec lui un « contrat de confiance » qui lui permettra de bénéficier des tarifs conventionnels du secteur 1 et d'être dispensé de l'avance des frais à l'exception du ticket modérateur qui reste dû. Le patient doit s'engager à consulter son généraliste avant tout autre professionnel de santé (sauf cas de force majeure). Il n'y a cependant pas de sanction prévue pour le patient. Le généraliste percevra de l'assurance maladie une indemnité forfaitaire de 150 F par patient abonné. Cet accord a été agréé par arrêté du 17 octobre 1997 : il correspond à la notion de filière de soins.

B. L'INSTABILITE JURIDIQUE DU SYSTEME

1. Le constat : un dispositif ayant une nature juridique inadaptée

La crédibilité et l'efficacité d'un système de régulation supposent sa stabilité dans le temps. Or, les relations entre l'assurance maladie et les professions de santé sont souvent conflictuelles et les conventions sont systématiquement attaquées devant les

juridictions. L'ambition croissante des conventions à élargir leur domaine a accru la détermination des syndicats professionnels à obtenir une annulation.

Dans la pratique, presque toutes les conventions ont été annulées totalement et, depuis peu, partiellement. En effet, la jurisprudence du Conseil d'Etat, en admettant, depuis 1999, que les clauses d'une convention sont divisibles et que l'annulation d'une clause n'entraîne pas nécessairement celle de la convention dans son ensemble, circonscrit le risque. Il demeure cependant important, comme le montrent les jurisprudences relatives à la convention médicale de 1997 dans lesquelles les annulations ont porté sur des points essentiels. Ce risque est d'autant plus réel que les annulations suppriment des contraintes et interdisent la poursuite du contentieux, sans porter atteinte aux avantages.

Dans certains cas, le dispositif a fait l'objet de validations législatives, mais une jurisprudence constante du Conseil constitutionnel limite le champ de ces validations qui ne peuvent viser que les actes de portée générale et non les actes individuels, comme par exemple une décision de mise hors convention. Cette contrainte est d'autant plus sévère que le Conseil d'Etat comme les juridictions judiciaires s'estiment désormais compétents pour examiner la compatibilité de telles lois au regard de l'article 6 §1 de la Convention européenne des droits de l'homme et peuvent juger que la validation législative rétroactive d'un arrêté annulé porte atteinte au droit à un procès équitable. Enfin, les débats juridiques générés par les validations sont longs à régler : ce n'est, par exemple, que fin 1999 que la Cour de cassation a été amenée à se prononcer sur un litige lié à la validation d'une convention de 1990.

Ainsi les gestionnaires de l'assurance maladie et les organisations professionnelles doivent prendre en compte à la fois les obligations résultant du droit communautaire, les normes constitutionnelles et les principes généraux du droit, le champ de leur habilitation légale, l'existence d'autres lois, le champ de compétence réglementaire qui leur est délégué et enfin les contraintes spécifiques liées à l'élaboration contractuelle de l'acte. Cet ensemble exceptionnel de contraintes est d'autant plus difficile à respecter qu'il doit être pris en compte dans un contexte de négociations marquées par un rapport de force et des intérêts souvent antagonistes.

2. Les exemples récents

Comme cela a été rappelé plus haut, en 1997 les caisses ont conclu deux conventions nationales séparées, l'une avec MG-France pour les médecins généralistes et l'autre avec l'UCCSF pour les médecins spécialistes. Ces conventions ont été approuvées par deux arrêtés interministériels du 28 mars 1997.

Il est de jurisprudence constante que de telles conventions sont des contrats administratifs, dont le juge administratif est pleinement compétent pour apprécier la légalité, et que l'arrêté interministériel d'approbation est lui-même un acte réglementaire qui conditionne l'entrée en vigueur de la convention et confère valeur réglementaire à ses stipulations. De ce fait, ces conventions ont été attaquées devant le Conseil d'Etat par de nombreux requérants.

Par deux arrêts du 26 juin 1998 et du 3 juillet 1998, le Conseil d'Etat a annulé les deux arrêtés approuvant respectivement la convention des médecins spécialistes et celle des médecins généralistes.

Le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté approuvant la convention des médecins généralistes en raison des modalités d'individualisation, par zone géographique, du mécanisme de reversement d'honoraires dû par les médecins en cas de dépassement de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales, fixé chaque année par une annexe à la convention. Le Conseil d'Etat a considéré que cette étape intermédiaire d'individualisation n'était pas prévue par le code de la sécurité sociale et que les partenaires conventionnels avaient donc outrepassé leurs compétences. Cet arrêt montre bien les limites de l'exercice conventionnel : loin de disposer d'une large liberté contractuelle, les partenaires de la convention médicale négocient dans les strictes limites fixées dans le détail par la loi.

L'annulation des dispositions relatives au reversement des médecins n'est pas susceptible de créer des problèmes juridiques individuels, dans la mesure où elles n'ont pas eu le temps de s'appliquer et ont été remplacées par un système de clause de sauvegarde institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, lui-même censuré par le Conseil constitutionnel. Par contre, l'option conventionnelle a été souscrite par des médecins et des patients dont il convient de garantir la pérennité des relations sous forme de filière de soins.

Il convient de noter que, pour assurer la continuité des relations entre les organismes de sécurité sociale et les praticiens précédemment conventionnés, un règlement conventionnel minimal (RCM) a été pris par arrêté interministériel du 10 juillet 1998, conformément à l'article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale. Une nouvelle convention nationale des médecins généralistes a été approuvée le 4 décembre 1998.

Toutefois, la convention nationale des médecins généralistes conclue avec le syndicat MG-France le 26 novembre 1998 est l'objet de recours contentieux, en instance de jugement devant le Conseil d'Etat. Elle pourrait être annulée pour des raisons similaires à celles ayant conduit à l'annulation de la convention du 12 mars 1997. C'est pourquoi il était également nécessaire de valider, à titre préventif, toutes les décisions individuelles prises sur le fondement de cette convention, notamment en ce qui concerne l'option conventionnelle. Le Parlement a donc validé, par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création à une couverture maladie universelle, tous les actes individuels n'ayant pas le caractère de sanction pris sur le fondement des deux conventions médicales de 1997 annulées par le Conseil d'Etat.

Un autre exemple illustrant la fragilité du système conventionnel est l'annulation partielle durant l'été 1999 par le Conseil d'Etat du règlement conventionnel minimum applicable aux médecins spécialistes et notamment les articles sur les sanctions en cas de dépassement d'honoraires des médecins en secteur 2 ou de non respect des références médicales opposables.

Depuis plusieurs années déjà, le rapporteur a souligné que l'instabilité juridique des accords conventionnels, le va-et-vient entre annulations contentieuses et validations législatives rendaient nécessaire de refondre le système des relations conventionnelles. Une première tentative a été faite à la fin de l'année 1999 dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

C. LA RÉFORME INABOUTIE DE 1999

Il convient de rappeler la situation qui prévalait à l'automne 1999 à la suite de l'impossibilité de mettre en œuvre, tant par la loi que par les conventions médicales, le principe, prévu par l'ordonnance du 24 avril 1996, du reversement des honoraires par les médecins comme sanction ou dépassement des objectifs de dépenses.

D'une part, comme indiqué supra, le Conseil d'Etat avait annulé en juillet 1998 les dispositions prévues par la convention sur ce point. D'autre part, le Conseil constitutionnel avait censuré, en décembre 1998, l'article de la loi de financement pour 1999 qui prévoyait un mécanisme collectif de régulation en considérant que la loi ne pouvait mettre à la charge de tous les médecins conventionnés, une contribution assise sur leurs revenus professionnels « et ce, quel qu'ait été leur comportement individuel en matière d'honoraires et de prescription ».

Dès lors le Gouvernement a choisi d'utiliser, à titre conservatoire, le seul mécanisme de régulation juridiquement incontestable, celui-ci de l'ajustement des tarifs des actes ou « lettres-clés », improprement appelé « système des lettres-clés flottantes »¹. Certaines spécialités médicales (cardiologues, biologistes...) dont le volume des actes dérivait de manière excessivement coûteuse pour l'assurance maladie ont vu ainsi la valeur de leurs actes réduite, dans l'attente de négociations visant à redéfinir les comportements. Un des effets pervers de ce mécanisme est qu'il conduit chaque profession médicale à négocier directement avec l'Etat et non avec la CNAM qui se trouve ainsi dépossédée de sa responsabilité. Le système conventionnel est donc encore plus vidé de son contenu.

Conscient des risques induits par ce face à face direct entre l'Etat et chacune des corporations de la santé, le Gouvernement a pris une initiative importante et novatrice dans le projet de loi de financement pour 2000 en confiant à l'assurance maladie une responsabilité plus grande en matière de gestion des dépenses liées à la médecine ambulatoire.

La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2000 a délégué en effet une pleine responsabilité de régulation de la médecine de ville aux caisses et aux professionnels de santé. Cette délégation à l'assurance maladie s'appuie sur la distinction au sein de l'objectif des dépenses de soins de ville d'un objectif de dépenses regroupant l'ensemble des honoraires des professionnels exerçant en ville. Ce dispositif confie ainsi aux caisses et aux syndicats représentatifs la responsabilité de gérer un objectif de dépenses déléguées et de prendre toutes mesures nécessaires au respect de l'objectif notamment pour un suivi des dépenses quadrimestriel.

Les parties conventionnelles pourront décider d'agir sur les pratiques professionnelles - information, évaluation, promotion de références de bonne pratique -, fixeront les objectifs de dépense en début d'année et les tarifs pour chaque profession et le cas échéant procéderont à la modification de la cotation des actes, dans certaines limites. Les caisses disposeront dans ce cadre de prérogatives accrues en cas d'échec des négociations. Ces mêmes caisses devront, en contrepartie, établir périodiquement que leur action conduit au respect de l'objectif. Les annexes annuelles aux conventions et les décisions prises seront ainsi transmises de manière groupée, assorties d'un rapport

¹ Le système des lettres-clés flottantes implique une variation automatique du prix en fonction du volume des actes, ce qui n'est pas le cas ici.

d'équilibre établi par la caisse nationale de l'assurance maladie, pour approbation aux ministres, l'Etat étant doté de prérogatives de substitution en cas de carence.

De plus, dans le souci de donner plus de sécurité juridique aux négociations conventionnelles, cette réforme élargit expressément leur champ à des sujets comme la dispense d'avance de frais, l'évaluation des pratiques ou la création de nouveaux modes de rémunération pour les médecins.

Malgré cette réforme profonde, les professions de santé n'ont pas trouvé dans les caisses de sécurité sociale des interlocuteurs avec lesquels elles puissent ou veuillent réellement contractualiser dans le cadre des orientations définies par le Parlement au moment du vote de la loi de financement de la sécurité sociale. Comme le note le rapport de la Cour des comptes, le nouveau mode de régulation instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 « *n'a pas fait ses preuves* ».

1. L'année 2000 : dépassement de l'objectif délégué de soins de ville

En ce qui concerne la vie conventionnelle, les trois rapports d'équilibre établis par la CNAMTS en 2000, approuvés par le Gouvernement (sauf une mesure d'économie concernant les infirmiers), n'ont pas permis de faire respecter l'évolution prévue de la dépense déléguée des soins de ville.

Pour l'année 2000, selon les données fournies par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2001 sur la sécurité sociale, la majeure partie du dépassement de l'ONDAM (+ 5,6 % contre +2,5 % prévus) est à imputer à l'évolution des soins de ville, dépenses de médicament inclus. L'objectif délégué de soins de ville, qui comprend les dépenses d'honoraires des professionnels de santé libéraux et de transport sanitaire, a cru de 5,4 %, soit 5,1 milliards de francs (0,8 milliards d'euros).

Aucun accord de bon usage des soins ni de contrat de bonne pratique, outils juridiques créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, n'a été signé.

2. L'année 2001 : vers la fin de la régulation par les rapports d'équilibre

Le 20 avril 2001, le Gouvernement a fixé, conformément à l'article L. 162-1-8 du code de la sécurité sociale, les montants pour l'année 2001 des objectifs de dépenses des soins de ville (312,4 milliards de francs) et de dépenses déléguées (149,9 milliards de francs pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie). La fixation tardive de cet objectif traduirait-elle, comme le suggère le rapport de la Cour des comptes, la « *diminution de l'intérêt porté par l'Etat à cette tentative d'instituer un nouveau mode de régulation* » ?

La CNAM n'a donc pas pu procéder à l'élaboration du premier rapport d'équilibre et de ses annexes fixant, premièrement, pour chacune des professions, l'objectif, dans le respect de l'objectif de dépenses déléguées, des dépenses par profession et deuxièmement, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux.

Aucun dispositif de substitution n'étant prévu par les articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3 du code de la sécurité sociale, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux fixés au 31 décembre 2000 ont donc été prorogés en 2001, conformément au V de l'article L. 162-15-3 du même code.

II.- UNE INDISPENSABLE RÉNOVATION DU CADRE CONVENTIONNEL

A. LES CONCLUSIONS DU « GRENELLE DE LA SANTE »

1. Les recommandations de la mission de concertation

Sur l'initiative de Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, le 25 janvier 2001 s'est tenue une première réunion des acteurs du système de soins de ville appelée communément « Grenelle de la Santé ». La ministre de l'emploi et de la solidarité a créé à cette occasion une mission de concertation sur l'évolution de la médecine de ville composée de M. Bernard Brunhes (consultant), M. le professeur Bernard Glorion (président du conseil de l'ordre des médecins), M. Stéphane Paul (inspecteur général des affaires sociales) et Mme Lise Rochaix (professeur d'économie de la santé). Ce rapport a deux axes principaux : la place des professionnels de santé dans l'organisation des soins et la réforme des relations conventionnelles.

S'agissant de ce deuxième axe, la mission propose une rénovation du cadre conventionnel grâce à la mise en place d'un véritable socle interprofessionnel et la prise en compte des engagements individuels des professionnels de santé. La mission préconise une structure conventionnelle à trois étages, un premier étage regroupant les dispositions communes à l'ensemble des professions conventionnées, un second étage distinguant pour chaque profession les dispositions qui lui sont propres et un troisième étage permettant la conclusion de contrats individuels correspondant à des engagements de bonne pratique.

Extraits du bilan de la mission de concertation pour la rénovation des soins

Des entretiens menés par la mission, il ressort un accord assez général sur la nécessité de rebâtir une nouvelle architecture conventionnelle. La mission propose de la refonder en trois étages :

. un premier étage regroupant les dispositions communes à l'ensemble des professions conventionnées et posant les règles et principes généraux applicables dans les rapports entre ces professionnels et l'assurance maladie ; il peut être envisagé de leur adjoindre des dispositions traitant de l'articulation des différentes professions pour assurer la coordination et la continuité des soins. Ce socle commun formerait la charte des métiers de la santé ; il pourrait être fixé par voie réglementaire, après une large concertation avec les professions de santé et l'assurance maladie, et serait incorporé comme premier niveau des conventions propres aux professions et spécialités ;

. un second étage distinguant pour chaque profession (voire, au sein de celles-ci, pour chaque métier ou spécialité) les dispositions qui lui sont propres ; c'est à ce niveau de négociation notamment que peut trouver place la fixation des différents tarifs et rémunérations de chaque profession. Cet étage doit permettre de mieux prendre en compte l'activité réelle et les caractéristiques propres aux professions, ainsi que de leur proposer un cadre pluriannuel pour la définition de l'évolution médicale et économique de leur activité ;

. **un troisième étape permettant la conclusion de contrats individuels correspondant à des engagements de bonne pratique** particuliers pris par les professionnels le souhaitant, les contrats individuels pouvant contenir plusieurs niveaux d'engagement et étant établis selon des modèles définis lors des négociations par profession (chaque profession pouvant définir ces modèles en plusieurs temps par des avenants successifs). Ces contrats individuels pourraient être signés localement entre les professionnels et les organismes locaux d'assurance maladie dans la mesure où leur contenu implique une relation partenariale plus étroite.

Afin de créer une nouvelle dynamique conventionnelle, il est nécessaire de mettre en place des incitations pour la conclusion du second niveau. On pourrait donc envisager qu'en l'absence de conclusion négociée, l'accès au troisième niveau soit impossible, la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie cesse et enfin que les autorités de régulation fixent unilatéralement les tarifs pratiqués par les professionnels. En cas de dénonciation des conventions de second niveau, les avantages en termes de rémunération forfaitaire du troisième niveau seraient maintenus pour ceux qui auraient préalablement signé l'engagement de bonnes pratiques.

La mise en place d'une telle architecture à trois étages ne peut s'opérer qu'avec la suppression, au besoin progressive, du secteur à honoraires libres, afin de préserver l'attractivité du troisième étape de la convention.

2. Les propositions du Gouvernement

A la suite de la deuxième réunion du «Grenelle de la santé», le Gouvernement a fait, le 4 octobre 2001, treize propositions pour «la réforme des soins de ville et l'avenir de l'assurance-maladie». Parmi celles-ci, figure la proposition de rénover le cadre conventionnel par voie législative.

Proposition 12 : rénover le cadre conventionnel

Un large consensus existe sur le maintien de l'outil conventionnel, qu'il convient cependant d'approfondir, d'élargir et de rénover afin de retrouver une dynamique pour la régulation du secteur des soins de ville.

Il n'appartient pas au Gouvernement de prédéterminer ce qui résultera d'éventuelles négociations pour une ou des nouvelles conventions. Il pourrait cependant être conduit, le cas échéant, à proposer au Parlement des adaptations de la législation actuelle sur les conventions. Trois éléments ressortent des propositions présentées depuis le 25 janvier : la mise en place d'un socle interprofessionnel, l'articulation avec la régulation et la dimension à la fois collective et individuelle de la convention.

Mettre en place un socle interprofessionnel

L'idée d'un socle interprofessionnel a été avancée dans plusieurs propositions. Toutefois, un effort de clarification des enjeux et du contenu de ces propositions est nécessaire.

Une première proposition, qui retient à ce stade l'attention du Gouvernement, consiste en la mise en place d'une convention nationale cadre concernant l'ensemble des professionnels de santé exerçant en milieu libéral. Cette charte viserait à définir les

règles générales régissant les relations des professionnels avec l'assurance maladie, à regrouper les dispositions communes à l'ensemble des professions et à faciliter la coordination de l'intervention des professionnels. Un travail complémentaire est nécessaire pour préciser le contenu de cette convention et son articulation avec les conventions professionnelles.

Une deuxième proposition conduirait à établir le socle interprofessionnel par décret, après concertation avec les partenaires conventionnels. Un tel décret viserait, outre les points définis dans la première proposition, à fixer les tarifs de base des professionnels. Les conventions complèteraient ce texte et l'amélioreraient. Toutefois, cette hypothèse soulève des questions difficiles d'articulation entre le champ de compétence qui serait ainsi octroyé à l'Etat et celui des partenaires conventionnels.

Par ailleurs, une simplification et une unification du régime des sanctions devraient être prévues dans le cadre de ce socle interprofessionnel. En effet, sans compter les instances disciplinaires et judiciaires, ce sont six types de dispositifs ou de juridictions différents, à la légitimité et à l'efficacité inégales, qui traitent des contentieux avec les professionnels de santé.

Prendre en compte les engagements individuels

Les professionnels qui s'engagent dans la coordination des soins, la prise en charge des urgences, dans des actions de santé publique ou le suivi de leur activité devraient bénéficier d'une meilleure reconnaissance.

Ce dispositif contractuel serait ouvert aux généralistes, spécialistes et auxiliaires médicaux. Il aurait un caractère pluriannuel afin de renforcer son activité, en offrant au professionnel une meilleure lisibilité à moyen terme de ses revenus ainsi qu'un statut nouveau. Pour des raisons de viabilité, il conviendrait d'inclure la définition du contrat type dans les conventions collectives mais aussi de prévoir qu'en cas de vide conventionnel, les caisses nationales d'assurance maladie puissent fixer unilatéralement le modèle.

Il aurait un double objet :

- d'une part, il permettrait de définir des compléments forfaitaires de rémunération qui seraient modulés pour chaque contrat en fonction des engagements pris par le professionnel. Il s'agirait de rémunérer la réalisation de tâches supplémentaires que le professionnel accepte d'assurer en matière de participation à des actions de santé publique (cf. proposition 8), de coordination des soins (tenue du dossier médical de synthèse...) ou de prise en charge des urgences. Ce contrat individuel pourrait par ailleurs être l'occasion d'encourager, dans le cadre d'un nouveau statut social et fiscal à étudier, les possibilités d'exercice médical partagé entre activité libérale d'une part et activité hospitalière ou en réseau d'autre part ;

- d'autre part, en fonction du contenu des conventions collectives, par profession, il pourrait porter sur des critères d'exercice et d'activité. Ce contrat individuel pourrait ainsi permettre de définir un cadre pour les professionnels dans lequel le contrôle médical se bornerait à agir sur les situations atypiques. Ainsi, la majorité des professionnels pourrait entrer dans une logique de dialogue positif avec les caisses, dans le plein respect de leur indépendance professionnelle.

Instaurer un système de régulation fondé sur la convention

La mise en place d'un système de régulation alternatif fondé sur un rôle renouvelé du dispositif conventionnel doit être rendu possible. Son objectif doit être d'engager des évolutions structurelles du système de soins de ville dans une optique de promotion de la qualité et de maîtrise des dépenses.

Le législateur pourrait permettre, éventuellement sur une base expérimentale, aux partenaires conventionnels d'adopter, dans une perspective pluriannuelle, des modes de régulation conventionnels fondés :

- du côté des professionnels sur des engagements collectifs et individuels d'évolution des pratiques ;

- du côté de l'assurance maladie sur des engagements en matière d'évolution tarifaire et de propositions de mesures de nomenclature.

Les conventions ainsi conclues continueraient d'être agréées par l'Etat.

Certains partenaires conventionnels souhaiteraient adjoindre au champ des conventions des mesures pour la régulation démographique de l'offre et les conditions d'installation (limitation du droit d'installation, modulation de la prise en charge des cotisations sociales...). En ce cas, et dans le respect des décisions de l'Etat en matière d'évaluation des besoins, une habilitation législative des partenaires conventionnels serait nécessaire. Pour complément d'expertise, l'observatoire de la démographie et des métiers de la santé pourrait être saisi et consulté par les partenaires conventionnels.

La mise en place de ce nouveau système nécessite un temps d'expertise et de négociation qui doit s'accompagner de la poursuite des travaux engagés par les partenaires conventionnés.

B. UNE NECESSAIRE INTERVENTION DU LÉGISLATEUR

1. L'article 18 du projet de loi de financement pour 2002

Comme il l'avait indiqué dans le document ci-dessus, le Gouvernement a souhaité traduire dans la loi de financement pour 2001 les propositions issues du « Grenelle de la santé » relatives à l'architecture conventionnelle, tout en laissant un minimum de temps à la consultation des partenaires sociaux sur les détails du dispositif.

A l'ouverture du débat sur le projet de loi, Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité s'exprimait aussi dans ces termes : *« Nous sentons bien que le malaise des professionnels de santé en ville n'est pas lié uniquement aux mécanismes de régulation. C'est la raison pour laquelle nous avons travaillé à une meilleure reconnaissance du rôle des professionnels libéraux dans le système de soins. Bien entendu, la convention reste l'instrument de cette reconnaissance. A cet égard, je souhaite vous proposer un cadre pour un nouveau contrat. Je déposerai dans les prochaines heures un amendement d'orientation qui me permettra de vous proposer ultérieurement un amendement plus précis, lorsque j'aurai achevé la concertation que*

j'ai engagée avec les professionnels de santé, les caisses nationales et les partenaires sociaux ainsi qu'avec vous-mêmes ». (2^e séance du 23 octobre 2001)

Ainsi était clairement annoncée une procédure en deux temps qui se traduisait par le dépôt et le vote d'un amendement portant article additionnel (article 10 A). Cet amendement de principe se bornait à prévoir un cadre conventionnel commun à l'ensemble des professionnels de soins de ville dont le contenu était seulement esquissé. En seconde et nouvelle lecture, l'Assemblée nationale a été saisie, le 21 novembre, d'un autre amendement tout à fait précis et complet qui est venu se substituer à celui voté en première lecture (que le Sénat avait lui-même remplacé par l'abrogation de l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 créant l'objection de dépenses de délégué.)

Ce texte comportait trois éléments principaux :

- la création d'un accord-cadre applicable à l'ensemble des professionnels exerçant en ville qui permettra de définir des dispositions transversales sur les relations avec les caisses d'assurance-maladie, des mesures de renforcement de la qualité et de la coordination des soins ou des actions de santé publique ;

- la promotion des engagements collectifs et individuels dans le cadre conventionnel par profession. Ces engagements prendront la forme d'accords de bon usage, de contrats de bonne pratique et de dispositifs spécifiques aux conventions professionnelles ; ils feront l'objet d'un suivi régulier et les conventions devront prévoir les mesures propres à en assurer le respect ;

- la non-application du dispositif unilatéral des rapports d'équilibre dans le cadre des engagements conventionnels ; ce dispositif n'est maintenu que pour les professions qui ne concluent pas de convention.

Le projet d'amendement avait été soumis pour avis au conseil de la CNAMTS qui a adopté à l'unanimité le 20 novembre la motion suivante :

Le cadre juridique actuel des relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, qu'il résulte des textes de 1971 ou, plus récemment de la loi de financement de la sécurité sociale de décembre 1999, a montré ses limites voire ses effets négatifs, notamment sur la capacité des partenaires conventionnels à s'engager sur le moyen terme en faveur de réformes structurelles du système de soins.

Il est donc nécessaire de revoir le cadre législatif actuel des conventions nationale, afin d'offrir aux partenaires conventionnels, la possibilité de s'extraire de la régulation collective mécanique via les lettres-clés flottantes et affirmer du même coup que la régulation relève bien pour l'essentiel du champ conventionnel.

L'amendement proposé par le Gouvernement ne peut certes pas être regardé comme une réforme achevée qui appellera nécessairement de substantiels prolongements. Non seulement parce qu'il s'inscrit dans le cadre inchangé des relations entre l'Etat et l'Assurance maladie, mais aussi parce qu'il ne modifie en rien le fait que la fixation annuelle de l'ONDAM ne repose pas sur des priorités sanitaires clairement

affichées ni même sur le contenu médical identifiable, pas plus qu'il ne met fin au cloisonnement entre soins hospitaliers et soins ambulatoires ou honoraires et prescriptions pharmaceutiques, cloisonnement qui s'est avéré inopérant en terme d'efficacité économique et ne correspond pas aux besoins des patients qui demandent à l'inverse une approche plus cohérente et mieux coordonnée de leur prise en charge par l'ensemble des acteurs (professionnels et établissements de santé, assurance maladie obligatoire et complémentaire...).

Néanmoins, l'absence de réforme, même inachevée, du cadre juridique condamnerait non seulement les partenaires conventionnels à prendre le risque de ne pas pouvoir mettre en œuvre les accords auxquels leurs négociations aboutiront, mais laisserait également perdurer le mécanisme quadrimestriel actuel de régulation des dépenses.

Aussi, tout en regrettant les conditions d'élaboration de ce projet, le conseil d'administration de la CNAMTS considère que la présentation par le Gouvernement de l'amendement constitue une première étape et opportunité qui ouvre les perspectives auxquelles il appartiendra aux partenaires conventionnels de donner corps, dans l'intérêt des patients.

D'ores et déjà, pour appuyer sa démarche et les travaux dont il a arrêté les axes, notamment dans le domaine conventionnel, le conseil d'administration de la CNAMTS demande que le projet d'amendement gouvernemental soit modifié pour :

- préciser le calendrier et les modalités d'élaboration et de négociation, par l'assurance maladie et les professionnels de santé, du socle de règles interprofessionnels (accord cadre), qui correspond également à un souhait des professionnels, exprimé par la voix du CNPS,

- intégrer, sans ambiguïté, dans le cadre conventionnel, les modalités et le suivi, le cas échéant individuels,

- . des bonnes pratiques professionnels incluant l'activité et les prescriptions pharmaceutiques

- . ou la participation des professionnels aux actions de santé publique ou à la permanence des soins.

Ces dispositions devront permettre une visibilité accrue, pour les professionnels en exercice, des fonds destinés à financer les réformes que porteront les partenaires conventionnels et mieux articuler les différents éléments qui concourent à la rémunération des professionnels (nomenclature, tarifs ou forfaits) et aux modalités de prise en charge des patients.

L'article de la loi de financement résultant du vote de l'amendement du Gouvernement, sous-amendé à l'initiative du rapporteur, a été invalidé par le Conseil constitutionnel pour des raisons de procédure exposées dans l'introduction.

2. La présente proposition de loi : un dispositif novateur

La présente proposition de loi reprend donc cet article additionnel afin que ce dispositif mis en place après concertation avec l'ensemble des professionnels soit applicable en 2002 et permette une meilleure régulation du système d'assurance maladie.

a) Un cadre conventionnel à trois étages

- **Un accord-cadre applicable à l'ensemble des professions de santé exerçant dans un cadre conventionnel (article premier)**

Sont concernés les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales et les entreprises de transports sanitaires.

Cet accord doit être conclu par la CNAMTS et au moins une autre caisse nationale et le Centre national des professions de santé regroupant des organisations syndicales représentatives des professions concernées. Toutefois il ne s'applique à une profession concernée que lorsqu'au moins une organisation syndicale représentative de cette profession a marqué son adhésion en le signant.

L'accord est conclu pour une durée au plus égale à cinq ans. Il fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions concernées. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, les mesures que les partenaires conventionnels juges appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, les conditions d'une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique.

Comme pour les conventions professionnelles, l'accord est transmis par la CNAMTS aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Cet accord est approuvé par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. A défaut de réponse de ces ministres dans un délai de quarante-cinq jours, l'accord est réputé approuvé selon les dispositions prévues par l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale.

- **Des conventions professionnelles (articles 2 et 3)**

Le contenu des conventions professionnelles est réaménagé par l'introduction de dispositions communes. Leur durée qui n'est pas actuellement déterminée par la loi est fixée à cinq ans au plus.

Les conventions déterminent :

- Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention, pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

- Les engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées.

Ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage des soins qui constituent dans ce cas une annexe à la convention médicale. Ces accords de bon usage des soins concernent ainsi toutes les professions alors qu'ils étaient jusqu'à maintenant réservés aux seuls médecins. Ils sont définis par l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale. Ces accords peuvent être conclus à l'échelon national ou régional, même en l'absence de convention. Ils prévoient des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre. Ils peuvent fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquelles les professionnels concernés peuvent percevoir une partie du montant des dépenses évitées par la mise en place de l'accord.

Ces engagements peuvent aussi prendre la forme de contrats de bonnes pratiques tels que définis à l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale. Ces contrats auxquels pouvaient déjà adhérer jusqu'à maintenant tous les professionnels conventionnés sont étendus aux entreprises de transports sanitaires. Il faut rappeler que les professionnels peuvent adhérer individuellement à ces contrats de bonne pratique qui ouvrent droit en contrepartie des engagements de ce contrat à un complément forfaitaire de rémunération ou à la majoration de la participation des caisses d'assurance maladie à la prise en charge de la cotisation d'allocations familiales dues par les médecins (art. L. 162-5-11 du code de la sécurité sociale), de la cotisation due pour le financement des avantages vieillesse des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (article 645-2 du code de la sécurité sociale).

Ces engagements peuvent prendre aussi la forme de tout autre dispositif que les conventions mettront en œuvre.

En l'absence de convention ou en l'absence d'accords de bon usage des soins ou de contrats de bonne pratique, ces accords ou contrats peuvent être fixés par arrêté interministériel pris sur proposition de la CNAMTS et d'au moins une autre caisse nationale ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents, après consultation des syndicats représentatifs des professions concernées.

La ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en œuvre avec l'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général, qui, en fonction de l'ONDAM voté par le Parlement, détermine l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville, et en son sein, l'objectif des dépenses déléguées.

La ou les conventions définissent les mesures de toute nature propres à assurer le respect des engagements précédents et en particulier les modalités de suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée. Elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions à prendre en cas de non respect des engagements.

La ou les conventions peuvent aussi prévoir les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée.

Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux sont fixés dans le cadre d'avenants à chaque convention. Les modifications tarifaires font l'objet d'une appréciation globale y compris en y intégrant les modifications de la nomenclature. Ces avenants sont appréciés en même temps pour l'ensemble des professions. Ils font l'objet d'un envoi unique, au plus tard le 15 juin de chaque année.

Les conventions en vigueur à la date de publication de la loi, y compris les conventions dont la date d'échéance se situe en 2002 et qui font l'objet d'un renouvellement tacite sont réputées conformes aux dispositions de la présente loi jusqu'au 31 décembre 2002. A défaut de conclusions ou d'approbation d'un avenant les mettant en conformité avec ces dispositions avant cette date, ces conventions ou avenants sont réputés dénoncés à effet du 31 décembre 2002.

- **Des contrats de santé publique (article 4)**

Les professionnels de santé conventionnés (à l'exception des entreprises de transports sanitaires) peuvent adhérer individuellement à ces contrats qui ouvrent droit à une rémunération forfaitaire.

Ces contrats sont définis par la convention. Ils fixent les engagements des professionnels concernés et précisent les modalités d'actualisation de la rémunération forfaitaire qui leur est associée en contrepartie d'actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins notamment la participation à des réseaux de soins ainsi qu'à des actions de prévention.

- b) Le système de suivi des objectifs de dépenses est modifié*

Le suivi devra être inclus dans la convention signée entre les professionnels et les caisses d'assurance maladie. La procédure de suivi instaurée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 ne reste applicable que pour les professions qui n'ont pas signé de convention.

En l'absence de convention pour une profession concernée, la CNAMTS et au moins une autre caisse d'assurance maladie fixent, après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession : l'objectif des dépenses de la profession, les tarifs d'honoraires, rémunérations et frais accessoires... et, le cas échéant, les mesures propres à garantir le respect de l'objectif chiffré. Le suivi des dépenses est assuré par la CNAMTS et au moins deux fois dans l'année, une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu des huit premiers mois de l'année. Les caisses n'auront plus à fournir au Parlement et aux ministres concernés qu'un seul rapport d'équilibre (15 juillet) au lieu de deux (15 juillet et 15 novembre).

Le règlement conventionnel minimal est étendu à toutes les professions et son champ de compétence sera le même que celui des conventions nationales, s'agissant notamment de la fixation des tarifs.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission a examiné, sur le rapport de **M. Claude Evin**, la présente proposition de loi au cours de sa séance du 9 janvier 2002.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

Le président Jean Le Garrec a relevé l'extrême intérêt du rapport présenté et l'utilité du rappel historique qu'il comporte concernant les conventions médicales. La décision du Conseil constitutionnel permet en fin de compte un débat de fond sur un texte essentiel. Les travaux de la commission ont fréquemment souligné la nécessité d'une refonte de l'architecture du système conventionnel. Par ailleurs le dispositif proposé par l'article 4 concernant les contrats individuels de santé publique est tout à fait intéressant et novateur afin de développer notamment des actions de prévention.

M. Jean-Pierre Foucher a souligné la fâcheuse tendance de la majorité à vouloir légiférer dans l'urgence. L'état d'impréparation de l'amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale, d'abord présenté sous forme de simple esquisse, a conduit à sa censure par le Conseil constitutionnel. De plus, ce texte a été élaboré sans concertation avec les professionnels de santé.

Du reste, le texte ne satisfait pas ces professionnels pour de multiples raisons : le maintien de l'opposabilité de l'ONDAM et du système des lettres-clés flottantes, la création d'un lien entre nomenclature et tarification. Le système à trois étages est de surcroît d'une extrême complexité. Peut-on se satisfaire du fait que la signature de la convention par le CNPS, puis par un syndicat professionnel unique, éventuellement minoritaire, suffise à rendre l'ensemble du dispositif applicable à tous les professionnels ? La possibilité donnée aux professionnels d'adhérer individuellement à des contrats pose également problème.

M. Philippe Nauche a dénoncé le caractère contradictoire des propos tenus par l'opposition qui critique tantôt l'existence de mesures collectives, tantôt celle de mesures individuelles. Le Conseil constitutionnel a bien involontairement rendu service au Parlement en lui permettant d'examiner de manière approfondie une réforme importante du système d'assurance maladie et dont le maître mot est « contrat ». La présente proposition de loi est un texte d'actualité et non d'urgence. Son objet n'est pas, en effet, de répondre à la seule question tarifaire mais de construire un dispositif de long terme par la mise en place de trois étages conventionnels :

- un accord-cadre qui couvre les dispositions communes aux différentes professions de santé ;

- un deuxième étage qui permet notamment une meilleure définition des honoraires et de la nomenclature, étant observé que la révision de celle-ci peut prendre des années et que le dispositif proposé ouvre ainsi la possibilité d'un meilleur suivi de l'évolution des pratiques et des actes ; on peut par ailleurs se féliciter que ce dispositif inclut la profession des ambulanciers ;

- un troisième étage, individuel, du dispositif conventionnel qui permettra le développement d'actions de prévention, la mise en place de politiques régionales mieux adaptées aux besoins locaux et la rémunération d'actions spécifiques en complément, et non en substitution, de la rémunération à l'acte. En fin de compte, ce texte contribuera sans nul doute à l'amélioration de la politique de santé.

M. Yves Bur a estimé que le Conseil constitutionnel a, par sa décision, sanctionné une méthode de travail qui devient malheureusement la règle en cette fin de législature : on peut relever des signes de précipitation aussi bien dans l'amendement dont découle la proposition du présent texte que dans la loi relative à la présomption d'innocence ou dans le sort fait à l'arrêt Perruche. Tout cela constitue autant de signes avant-coureurs de changements politiques à venir.

Les professionnels de santé souffrent aujourd'hui d'un manque de perspectives. Des orientations ont été adoptées en 1996, certaines ont produit leurs effets et ne sont pas contestées, d'autres se sont malheureusement révélées impuissantes, en particulier l'ensemble des dispositifs de sanctions. Depuis 1996, la situation n'a pas évolué voire s'est aggravée. Aucune perspective claire n'est offerte aux professionnels s'agissant de leur place dans le système de soins, de leurs conditions d'exercice ou encore de leur rémunération. N'est pas davantage traitée la question de la nomenclature pendant depuis des années. Tout cela crée chez les professionnels de santé un formidable malaise que ne peut résoudre le présent dispositif qui arrive d'ailleurs bien tard et qui ne comporte pas de clarification du rôle de la CNAMTS. Cette clarification des responsabilités s'impose tout particulièrement aujourd'hui face à l'étatisation du système de santé qui n'est pas ici remise en cause mais plutôt renforcée.

M. Bernard Schreiner a posé les questions suivantes :

- S'agissant de la signature des conventions avec un seul syndicat représentatif, comment la représentativité d'un tel syndicat sera-t-elle jugée ?

- En ce qui concerne la signature de contrats individuels, quelle autorité sera-t-elle compétente pour apprécier la pertinence des sujets retenus ?

- De quelle manière les financements complémentaires seront-ils assurés ?

M. Maxime Gremetz, après avoir indiqué que le retour du dispositif devant le Parlement n'était pas surprenant dans le contexte actuel d'urgence, a relevé que cette proposition de loi n'épuisait pas loin s'en faut, le sujet, sur le fond. Déjà, en 1995, le groupe communiste, favorable au développement de la responsabilité des médecins, s'était insurgé contre la politique de sanctions prévue par le plan Juppé qui n'a pas été abandonnée depuis. Il en résulte le malaise actuel des médecins généralistes qui risque en définitive de contraindre le Gouvernement à prendre des mesures sous la pression de la rue.

En réalité, le problème est double :

- Il s'agit d'une part de la nature des relations entre la CNAMTS et l'Etat, caractérisées par une tendance à l'étatisation dont les agences régionales de l'hospitalisation sont la plus parfaite illustration. Cette contradiction majeure n'est pas réglée par les mesures que propose le présent texte.

- D'autre part, persiste l'éternel refus de la démocratisation de la sécurité sociale au moyen de l'organisation des élections. On peut en effet se demander quelle est la représentativité du conseil d'administration de la CNAMTS. En outre, la disposition prévue à l'article 1^{er} de la présente proposition de loi permettant à un seul syndicat éventuellement minoritaire d'imposer, par sa signature, l'application de l'accord-cadre à l'ensemble d'une profession équivaut à une dictature de la minorité. Cette disposition, contraire à la démocratie sociale, pose un problème majeur et elle est inacceptable en l'état.

En conclusion, ce dispositif constitue une mesure d'urgence qui, tout en améliorant très légèrement les relations entre les professionnels et les caisses, ne résoudra pas, sur le fond, le malaise profond ressenti par les médecins. Le groupe communiste n'a pas encore arrêté sa position mais un vote défavorable ne peut être exclu.

En réponse aux intervenants, **le rapporteur** a souligné son attachement à la démocratie sociale. Ce texte, qui ne résout certes pas la question de l'ensemble des relations entre la CNAMTS et les professionnels de santé, a néanmoins été accepté à l'unanimité par le conseil d'administration de la CNAMTS.

S'il demeure en effet nécessaire de clarifier à l'avenir les relations entre l'Etat et la CNAMTS, il ne faut pas négliger la responsabilité de l'Etat notamment en matière de santé publique et d'organisation territoriale de l'offre de santé. Ainsi, lors de la publication par la CNAMTS d'un plan stratégique en faveur de la réduction de 60 milliards de francs du budget des hôpitaux, il n'était pas saugrenu que l'Etat réagisse sur les difficultés que risquait d'entraîner ce plan. S'agissant de la fixation des cotisations, il faut rappeler que, depuis 1945, cette compétence dont dispose la CNAM est demeurée largement inutilisée.

L'accusation de l'absence de concertation est inacceptable s'agissant d'une réforme qui fait suite au « Grenelle de la santé » - auquel le président Le Garrec et lui-même ont participé - et surtout aux travaux de la mission de concertation. Cette mission a en effet entendu au cours de l'année 2001 tous les partenaires de la santé, ce qui a permis une réelle concertation. Le présent texte n'a pu faire partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 - ce qui aurait été naturellement préférable - précisément parce que la phase de rédaction des propositions issues de cette large concertation n'était pas achevée.

Enfin, le dispositif proposé ne maintient pas la procédure de lettres-clés flottantes automatiques qui n'a jamais existé car il présuppose un fonctionnement du système en tiers-payant.

La commission est ensuite passée à l'examen des articles.

Article 1^{er}

(articles L. 162-1-11 et L. 162-15 du code de la sécurité sociale)

Création d'un accord-cadre entre la CNAMTS et le Centre national des professions de santé

• Le **paragraphe I** de cet article crée un article L. 162-1-11 au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

Cet article L. 162-1-11 met en place un nouveau type d'accord entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé exerçant en ville.

Le premier alinéa de ce nouvel article précise qu'il s'agit d'un «accord-cadre» conclu entre la CNAMTS, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et le Centre national des professions de santé (CNPS).

Les professions concernées sont les professions mentionnées :

- à l'article L. 162-5, soit les médecins généralistes et spécialistes ;
- à l'article L. 162-9, soit les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux (orthophonistes, orthopédistes et pédicures-podologues) ;
- à l'article L. 162-12-2, soit les infirmiers ;
- à l'article L. 162-12-19, soit les masseurs-kinésithérapeutes ;
- à l'article L. 162-14, soit les biologistes ;
- à l'article L. 322-5-2, soit les transporteurs sanitaires assimilés depuis la réforme de 1999 à des professions à honoraires.

Le Centre national des professions de santé est une association loi 1901 regroupant des organisations syndicales représentatives des professions de santé. Aux termes de l'article R. 228-1 du code de la sécurité sociale, c'est le CNPS qui désigne les quatre représentants des professions de santé figurant au conseil d'administration de la CNAMTS. Le CNPS désigne également dix-neuf représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral à la Conférence nationale de santé (article R. 766-1 du code de la santé publique). En revanche c'est la première fois que le CNPS se voit consacré par la loi et que lui est conféré un monopole de négociation au nom des professionnels de santé libéraux. Le texte de l'article précise cependant que ce monopole est subordonné à la condition que la CNPS regroupe des - et non les, c'est-à-dire toutes les - organisations syndicales représentatives des professions concernées.

Le deuxième alinéa précise que cet accord-cadre ne sera applicable à une profession donnée que si au moins une organisation syndicale représentative de cette profession y a adhéré. Il s'agit donc d'un dispositif contractuel complémentaire aux conventions spécifiques à chaque profession. Ce nouveau dispositif ne se substitue pas aux conventions et n'est pas un accord conventionnel interprofessionnel.

Le troisième alinéa précise la durée et le contenu de l'accord-cadre.

L'accord-cadre est conclu pour une durée maximale de cinq ans. Il a d'abord pour vocation de fixer des dispositions transversales, « *communes à l'ensemble des professions* » et qui entrent dans le champ des conventions actuelles (sections 1, 2, 3 du chapitre II).

La deuxième phrase de l'alinéa donne à titre indicatif des exemples de mesures pouvant figurer dans l'accord-cadre (il ne s'agit pas d'une liste exhaustive) :

- les obligations respectives des caisses et des professionnels de santé exerçant en ville, c'est-à-dire le cadre général des relations entre caisses et professionnels ;

- des mesures de renforcement de la qualité et de la coordination des soins en des actions de santé publique.

• Le **paragraphe II** de cet article modifie l'article L. 162-15 concernant les conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants, compte tenu de la création de l'article L. 162-1-11.

L'accord-cadre connaîtra les mêmes conditions d'application que les conventions professionnelles. Il sera donc soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

Comme les conventions, il sera soumis à l'adhésion individuelle des professionnels de santé. Chaque professionnel aura la possibilité d'y adhérer ou non.

*

La commission a adopté trois amendements rédactionnels du rapporteur :

- le premier précisant que l'accord-cadre ne s'applique à une profession de santé que si une organisation syndicale représentative de cette profession l'a signé ;

- le deuxième tendant à clarifier le dernier alinéa du I de l'article ;

- le troisième précisant la rédaction du II de l'article en distinguant l'accord-cadre de la convention nationale.

La commission a *adopté* cet article ainsi modifié.

Article 2

(articles L. 162-14-1 nouveau et L. 162-14-2 nouveau du code de la sécurité sociale)

Contenu des conventions professionnelles

Cet article crée deux nouveaux articles du code de la sécurité sociale fixant le contenu commun des conventions professionnelles des différentes professions de santé. Ces articles figureront en effet dans la section III-1 « Dispositions communes aux conventions prévues aux sections I, II et III ».

- Le **paragraphe I** de cet article créé un article L. 162-14-1 qui détermine précisément la durée, désormais fixée par la loi à cinq ans et le contenu des conventions.

Chaque convention définira le niveau des tarifs (1°), les engagements collectifs et individuels des professionnels en matière d'organisation des soins, de respect des bonnes pratiques, d'évolution des pratiques ou de l'activité (2°) et pourra, le cas échéant, mettre en place un fonds de modernisation de la profession considérée (3°).

Il s'agit là du contenu existant déjà dans les conventions médicales auquel ont été ajoutés les accords de bon usage des soins et des contrats de bonne pratique mis en place lors de la réforme de 1999, à l'exception du fonds de modernisation. Ce fonds dont la CNAMTS souhaitait la création pourra permettre un financement collectif d'aides individuelles.

- Le **paragraphe II** de cet article créé un article L. 162-14-2 prévoyant que les tarifs seront fixés dans le cadre d'avenants à chaque convention. Il pourra donc y avoir un ou plusieurs rendez-vous tarifaires chaque année entre la profession et les caisses.

Cet avenant comportera en annexe les modifications de nomenclature envisagées par les partenaires conventionnels et dont devront tenir compte les ministres lors qu'ils mettent en œuvre des modifications de celle-ci « *sauf en cas d'urgence ou d'impérieuse nécessité de santé publique* ».

Ainsi, dans l'annexe seront regroupés les deux composants des honoraires des professions de santé : les tarifs, soit le prix unitaire de l'acte qui relèvent de la compétence conventionnelle, et la nomenclature, soit le classement (la hiérarchisation de l'acte) qui relève de la compétence réglementaire (arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'agriculture).

Ces deux articles nouveaux signifient pour les professions ayant signé une convention la fin de la réforme de 1999 avec une enveloppe honoraires contrôlée par les caisses d'assurance maladie.

En effet, le système issu de la réforme de 1999 prévoit que pour chaque profession, les caisses et les syndicats médicaux déterminent dans l'annexe à la convention, un objectif de dépenses, les tarifs et les mesures propres à faire respecter l'objectif. Ces moyens sont premièrement la fixation des tarifs des honoraires et deuxièmement « *les mesures de toute nature propres à garantir le respect de l'objectif fixé* » : la réduction du volume des actes non justifiés au plan médical (maîtrise médicalisée) et la possibilité de modifier dans la limite de 20 % la cotation des actes (« lettres-clés »).

Les accords ainsi passés, ressemblent donc à ceux que le Gouvernement concluait lui-même jusqu'alors avec des spécialités, en jouant sur ces trois leviers (ajustements de tarifs, réduction des actes inutiles, modification de la cotation des actes). A défaut d'accord entre syndicats et caisses, la CNAMTS et une autre caisse d'assurance-maladie peuvent fixer unilatéralement le contenu de l'annexe comme le faisait également de Gouvernement avec les arrêtés de substitution.

Pour les professionnels ayant signé une convention, ce système est supprimé et remplacé par le nouveau dispositif proposé au présent article.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que les ministres devront motiver leurs décisions en matière de nomenclature des actes lorsqu'elles s'écartent des propositions faites sur le sujet par les partenaires conventionnels.

Puis elle a *adopté* cet article ainsi modifié.

Article 3

(articles L. 162-12-17, L. 162-12-1-8 et L. 162-12-20 nouveau du code de la sécurité sociale)

Réforme des accords de bon usage des soins et des contrats de bonne pratique

Cet article réforme les dispositifs incitatifs créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 : les accords de bon usage des soins (contrats collectifs), les contrats de bonne pratique (contrats individuels).

- Le **paragraphe I** de cet article modifie l'article L. 162-12-17 concernant les accords de bon usage des soins afin d'élargir ces derniers qui étaient réservés aux médecins principaux prescripteurs, à l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville (1° et 2° du **I**).

Ces accords ont été créés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Il existe deux types d'accords de « bon usage de soins » à destination des médecins généralistes et spécialistes : un contrat national conclu entre la CNAMTS et les syndicats de médecins et en contrat régional signé entre les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM) et les représentants désignés par les syndicats signataires des conventions nationales.

Même à défaut de convention, les médecins peuvent conclure à l'échelon national et à l'échelon régional des accords.

Ces accords prévoient « *des objectifs médicalisés d'évaluation des pratiques ainsi que les objectifs permettant de les atteindre.* » Il s'agit donc d'accords sur les prescriptions des médecins. Ces accords doivent tendre au « juste soin ». Les instruments de maîtrise médicalisée existent depuis la loi de 1993 et ont été précisés et systématisés dans l'ordonnance du 24 avril 1996 (codage des actes, références médicales opposables, recommandations de bonnes pratiques).

Le 3° précise que ces accords peuvent donner lieu à des rémunérations forfaitaires. En effet, les accords de bon usage des soins sont incitatifs car en contrepartie du respect d' « objectifs quantifiés », les médecins peuvent percevoir une partie des « dépenses évitées ». Cette partie à verser est fixée dans son montant et dans ses modalités par les parties conventionnelles.

- Le **paragraphe II** de cet article modifie l'article L. 162-12-18 définissant les contrats de bonnes pratiques.

- Le 1° permet aux professionnels de bénéficier d'un complément forfaitaire de rémunération en contrepartie du respect des engagements pris dans le cadre du contrat de bonnes pratiques.

A l'heure actuelle, ce contrat ouvre droit à la majoration de la participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations maladie, vieillesse et famille des professionnels. L'ordonnance du 24 avril 1996 avait prévu que les caisses d'assurance maladie puissent prendre en charge une partie des cotisations dues par les professionnels de santé en tant que professions libérales.

Le 1° étend également le contrat de bonnes pratiques aux transporteurs sanitaires.

- Le 2° étend l'évaluation de la pratique du professionnel aux références opposables et aux recommandations de bonne pratique.

- Le 3° supprime la référence aux actions de formation continue dans la mesure où aux termes du projet de loi relatif aux droits de malades en cours de discussion, la formation médicale continue est obligatoire pour l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville.

- Les 4° et 5° modifient la rédaction actuelle du sixième alinéa afin de tenir compte du fait que le contrat de bonnes pratiques pourra concerner des professionnels non habilités à prescrire.

- Le 6° supprime l'engagement facultatif pouvant figurer dans un contrat de bonnes pratiques « favoriser, par une participation à des réseaux de soins, une meilleure coordination des soins ou permettre des regroupements professionnels ».

Cet engagement figure désormais de manière obligatoire dans les contrats individuels de santé publique créés à l'article 4 de la présente proposition.

Le 7° est une disposition de cohérence tenant compte de l'entrée dans le dispositif prévu au 1° des transporteurs sanitaires.

- Le **paragraphe III** habilite l'Etat à proposer à l'adhésion individuelle des professionnels de santé des accords de bon usage des soins ou des contrats de bonne pratique lorsque les partenaires conventionnels ne l'ont pas fait ou en l'absence de convention nationale.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur, après que **le rapporteur** a indiqué que la rédaction de l'article L. 162-12-19 proposé par cet article sera, en outre, à revoir, de manière à préciser que l'Etat établit des contrats type et les soumet à l'adhésion individuelle des professionnels, en cas de carence des mécanismes conventionnels.

Puis elle a *adopté* cet article ainsi modifié.

Article 4

(article L. 162-12-20 nouveau du code de la sécurité sociale)

Création des contrats de santé publique

Cet article crée un article L. 162-12-20 instituant le contrat de santé publique.

- Le **premier alinéa** de l'article L. 162-12-20 précise d'une part quels seront les professionnels de santé concernés : il s'agit de tous les professionnels de santé exerçant en ville pouvant signer convention (à l'exception des transporteurs sanitaires) et d'autre part, la nature individuelle de ces contrats.

De surcroît, ces contrats seront définis par les conventions des professions concernées. Enfin, il est prévu que les professionnels adhérant à ces contrats pourront percevoir des rémunérations forfaitaires.

- Le **deuxième alinéa** précise le contenu général de ces contrats : les engagements des professionnels et l'actualisation de la rémunération forfaitaire.

- Le **troisième alinéa** énumère les éléments obligatoires quant aux engagements des professionnels : des actions de prévention d'une part et des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins.

Il existe déjà des contrats individuels : les contrats individuels de bonne pratique des soins définis à l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale également mis en place dans le cadre des conventions médicales.

La principale différence entre les deux dispositifs réside dans le contenu des engagements. Le contrat de bonne pratique des professionnels comporte des engagements concernant la maîtrise médicalisée des dépenses : l'évaluation, la formation continue, le suivi avec le service du contrôle médical de son activité, la prescription des médicaments génériques, l'application des références opposables et des recommandations de bonne pratique.

Les éléments facultatifs de ce contrat sont une meilleure coordination des soins, un engagement sur le niveau d'activité, une participation aux services des caisses d'assurance maladie en direction des assurés (actions de santé publique).

Les engagements concernant le mode d'exercice du praticien, c'est-à-dire la participation à des réseaux de soins sont retirés du contrat de bonne pratique (cf. 6° de l'article 3) et figureront désormais au cœur du contrat de santé publique, au même titre que les actions de prévention. Ainsi, le contrat de santé publique est un dispositif plus contraignant pour le professionnel concerné.

*

La commission a *adopté* cet article sans modification.

Article 5

(articles L. 162-15-2, L. 162-15-3 et L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale)

Suppression de la régulation unilatérale par les caisses

Cet article a pour objet de supprimer le pouvoir unilatéral des caisses d'assurance maladie de prendre des mesures pour les professions placées sous une convention. Désormais, le dispositif de régulation par ajustement des lettres-clés issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 sera donc applicable aux seuls professionnels de santé n'ayant pas signé de convention.

- Le **paragraphe I** de cet article modifie l'article L. 162-15-2 portant sur l'objectif de dépenses déléguées et les annexes fixant pour chacune des professions l'objectif de dépenses et les moyens de l'atteindre (tarifs, réduction des actes non justifiés au plan médical, ajustement par les lettres-clés).

Le 1° réécrit le premier alinéa du I de l'article 162-15-2 : le pouvoir unilatéral des caisses en matière de fixation de l'objectif des dépenses et des tarifs et/ou de lettres-clés n'est prévu qu'en l'absence de convention. Par conséquent, le système des annexes aux conventions disparaît et la notion d'objectif de dépenses ne s'applique plus qu'aux professions non conventionnées.

Le 2° qui supprime le dernier alinéa du I est une disposition de cohérence avec la suppression des annexes.

Le 3° prévoit que le suivi deux fois par an des dépenses par la CNAMTS ne se fera qu'en l'absence de convention et non de manière systématique comme c'est le cas aujourd'hui.

Le 4° qui supprime le deuxième alinéa du II est une disposition de cohérence avec la suppression des annexes.

Le 5° modifie en conséquence les dispositions concernant l'annexe modificative que les parties conventionnelles doivent mettre en place dans le droit actuel lorsqu'elles constatent que l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé dans l'année.

Il est prévu que lors du dépassement de l'objectif par une profession située hors convention, les caisses fixent unilatéralement « *les mesures de toute nature propres à garantir son respect* » (tarifs, volume des actes, lettres-clés).

Le 6° qui supprime le quatrième alinéa du II est l'abrogation du pouvoir du ministre de fixer les tarifs au cas où les annexes ne l'auraient pas fait. Désormais, en effet, cette décision est renvoyée au règlement conventionnel minimal (cf paragraphe III)

Le 7° est un nouveau décompte d'alinéas tenant compte des modifications du II de l'article L. 162-15-3.

- Le **paragraphe II** de cet article modifie l'article L. 162-15-3 portant sur les relations entre les caisses d'assurance maladie et l'Etat (rapports d'équilibre) compte tenu de la suppression de la régulation unilatérale des caisses lorsqu'il y a convention.

Les 1°, 3°, 4°, 5° et 6° modifient l'article L. 162-15-3 en conséquence (suppression des annexes et annexes modificatives).

Les 2° modifie les dispositions concernant les rapports d'équilibre. La CNAMTS doit élaborer deux rapports intermédiaires à transmettre aux ministres compétents et au Parlement les 15 juillet et 15 novembre. Désormais, il n'y aura qu'un seul rapport le 15 juillet.

Le 7° prévoit qu'en l'absence de convention, les tarifs en vigueur au 31 décembre de l'année sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures nouvelles fixées par les caisses.

- Le **paragraphe III** de cet article modifie l'article L. 162-5-9 définissant le règlement conventionnel minimal (RCM). Le règlement conventionnel minimal est étendu à l'ensemble des professionnels de santé exerçant en ville d'une part alors qu'auparavant il ne concernait que les médecins généralistes et spécialistes. D'autre part, le règlement conventionnel voit son champ de compétence élargi. Il aura désormais le même champ que les conventions nationales. Ce n'est pas le cas aujourd'hui car la réforme de 1999 a retiré au RCM la fixation des objectifs de dépenses et de tarifs. Ceux-ci sont fixés actuellement en l'absence de convention, par le mécanisme de substitution propre aux annexes, soit par les caisses en application de leur pouvoir de régulation unilatérale, soit à défaut par l'Etat.

Le présent article donne donc ce rôle d'ultime recours ou de filet de sécurité en matière de tarifs au règlement conventionnel minimal.

*

La commission a *adopté* un amendement de coordination du rapporteur.

Puis elle a *adopté* cet article ainsi modifié.

Article 6

(articles L. 162-14, L. 322-5 à L. 322-5-5, 645-2-1 du code de la sécurité sociale)

Diverses dispositions de cohérence et validation des actes pris en application de la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes

- Le **paragraphe I** de cet article est une disposition de cohérence. La disposition selon laquelle le règlement conventionnel minimal peut prévoir que les caisses prennent en charge une partie de la cotisation vieillesse n'est plus réservée aux seuls médecins (généralistes et spécialistes) dans la mesure où le RCM a été étendu à l'ensemble des professionnels de santé (cf article 5)

- Le **paragraphe II** tire dans les textes qui leur sont applicables, les conséquences rédactionnelles de l'extension du dispositif commun aux transporteurs sanitaires privés.

- Le **paragraphe III** prévoit que les conventions en vigueur à la date de la publication de la loi, y compris les conventions dont la date d'échéance se situe en 2002

et qui font l'objet d'un renouvellement tacite sont réputées conformes aux dispositions de la présente loi jusqu'au 31 décembre 2002.

- Le **paragraphe IV** de cet article valide, en raison de contentieux les menaçant, tous les actes pris en application de la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes, de ses annexes et de ses avenants. Cette convention a été conclue le 3 février 1994, les annexes et avenants datent des 5 août 1999, 18 février 2000, 26 septembre 2001 et 8 novembre 2001. Il s'agit donc d'une mesure de validation classique et assez habituelle en matière de conventions avec les professions de santé.

*

La commission a *adopté* trois amendements rédactionnels du rapporteur et un amendement consolidant la mesure de validation prévue par le V de cet article par l'exclusion des actes ayant le caractère de sanction.

Puis elle a *adopté* cet article ainsi modifié.

Au titre des explications de vote, **M. Maxime Gremetz** a indiqué qu'il ne prenait pas part au vote dans l'attente de la décision de son groupe.

La commission a **adopté** l'ensemble de la proposition de loi ainsi rédigée.

En conséquence, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter la proposition de loi dont le texte suit.

TEXTE ADOPTÉ PAR LA COMMISSION

PROPOSITION DE LOI PORTANT RÉNOVATION DES RAPPORTS CONVENTIONNELS ENTRE LES PROFESSIONS DE SANTÉ LIBÉRALES ET LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE

Article 1^{er}

I. – Dans le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-11 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-11.* – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont définis par un accord-cadre conclu par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et le Centre national des professions de santé, regroupant des organisations syndicales représentatives des professions concernées.

« Cet accord-cadre ne s'applique à une des professions susmentionnées que si au moins une organisation syndicale représentative de cette profession l'a signé.

« Cet accord-cadre, conclu pour une durée au plus égale à cinq ans, fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions entrant dans le champ des conventions prévues aux sections I, II et III du présent chapitre et à l'article L. 322-5-2. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique. »

II.- L'article L. 162-15 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du premier alinéa, après le mot : « chapitre », sont insérés les mots : « et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-11 » ;

2° Au début du deuxième alinéa, sont insérés les mots : « L'accord-cadre, » ;

3° Dans la première phrase du troisième alinéa, après les mots : « en vigueur », sont insérés les mots : « de l'accord-cadre, » ;

4° Dans la troisième phrase du troisième alinéa, le mot : « lorsqu'une » est remplacé par les mots : « lorsque l'accord-cadre, une » ;

5° Au début de l'avant-dernier alinéa, sont insérés les mots : « L'accord-cadre, » ;

6° Dans le dernier alinéa, les mots : « La convention nationale est applicable » sont remplacés par les mots : « L'accord-cadre et la convention nationale sont applicables » et, après le mot : « par », sont insérés les mots : « cet accord-cadre ou ».

Article 2

Dans la section III-1 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, sont rétablis, avant la sous-section 1, deux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-14-1.* - La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

« 1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

« 2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage des soins prévus par l'article L. 162-12-17, qui constituent dans ce cas une annexe à la convention nationale, de contrats de bonne pratique prévus par l'article L. 162-12-18 ou de tout autre dispositif que les conventions mettent en œuvre conformément aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en œuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

« 3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée.

« *Art. L. 162-14-2.* - Les tarifs mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 sont fixés dans le cadre d'avenants à chaque convention. Ces avenants comportent en annexe l'ensemble des modifications de la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie que les signataires envisagent de proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'agriculture et dont il a été tenu compte pour fixer les tarifs. La totalité des avenants conclus en application du présent alinéa fait l'objet d'un envoi unique, au plus tard le 15 juin, à chacun des ministres précités.

« Sauf en cas d'urgence ou d'impérieuse nécessité de santé publique, les ministres précités tiennent compte des propositions faites par les partenaires conventionnels dans les conditions prévues à l'alinéa précédent lorsqu'ils mettent en œuvre des modifications de la nomenclature. Les ministres doivent motiver les modifications de la nomenclature qu'ils mettent en œuvre par rapport aux propositions faites par les partenaires conventionnels. »

Article 3

I. - L'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « à l'article L. 162-5 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 » et les mots : « , en tant qu'ils concernent les médecins, » sont insérés après les mots : « sont transmis » ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « des médecins généralistes ou des médecins spécialistes » sont remplacés par les mots : « ensemble des professionnels concernés » ;

3° Dans le troisième alinéa, les mots : « les médecins conventionnés peuvent percevoir » sont remplacés par les mots : « les professionnels conventionnés peuvent percevoir, notamment sous forme de forfaits, ».

II. - L'article L. 162-12-18 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : «et L. 162-14 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-14 et L. 322-5-2 » et les mots : « en contrepartie du respect des engagements de ce contrat, à un complément forfaitaire de rémunération ou » sont insérés après les mots : « qui ouvre droit » ;

2° Le quatrième alinéa est complété par les mots : « ; cette évaluation prend en compte l'application par le professionnel des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15 » ;

3° Le cinquième alinéa est supprimé ;

4° Dans le sixième alinéa, les mots : « le cas échéant » sont remplacés par les mots : « s'agissant d'un professionnel habilité à prescrire » ;

5° Les septième et huitième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« - s'agissant des professions habilitées à prescrire, au niveau, à l'évolution et aux pratiques de prescription, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 162-2-1, et en particulier à la prescription en dénomination commune ou à la prescription de médicaments génériques ; »

6° Les dixième et onzième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« - le niveau de l'activité du professionnel ; »

7° Au dernier alinéa, les mots : «et L. 162-14 » sont remplacés par les mots « , L. 162-14 et L. 322-5-2 ».

III. - Il est inséré, dans le même code, un article L. 162-12-19 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-12-19.* - En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1, ou en l'absence d'accords de bon usage des soins ou

de contrats de bonne pratique, et après consultation des syndicats représentatifs des professions concernées, les accords ou contrats mentionnés aux articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 peuvent être fixés par arrêté interministériel pris sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents. »

Article 4

Il est inséré, dans le code de la sécurité sociale, un article L. 162-12-20 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-12-20.* - La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 peuvent déterminer les conditions dans lesquelles les professionnels de santé conventionnés peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui ouvrent droit à une rémunération forfaitaire.

« Ces contrats, définis par la convention, fixent les engagements des professionnels concernés et précisent les modalités d'actualisation de la rémunération forfaitaire qui leur est associée.

« Ils comportent nécessairement, en complément des mesures prévues en la matière par l'accord-cadre et par la ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, des engagements des professionnels relatifs à leur participation :

« 1° Soit à des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins ;

« 2° Soit à des actions de prévention. »

Article 5

I. - L'article L. 162-15-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

« En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession : » ;

2° Le dernier alinéa du I est supprimé ;

3° Le premier alinéa du II est ainsi rédigé :

« En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses

mentionné au I et au moins deux fois dans l'année, une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année. » ;

4° Le deuxième alinéa du II est supprimé ;

5° Dans le troisième alinéa du II, les mots : « les parties à chacune des conventions déterminent par une annexe modificative » sont remplacés par les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession » ;

6° Le quatrième alinéa du II est supprimé ;

7° Dans le cinquième alinéa, le chiffre : « quatre » est remplacé par le chiffre : « deux ».

II. - L'article L. 162-15-3 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa du I, les mots : « des annexes mentionnées à l'article L. 162-15-2 et » et les mots : « en application du dernier alinéa du I de cet article » sont supprimés ;

2° Le premier alinéa du II est ainsi modifié :

a) Les mots : « respectivement les 15 juillet et 15 novembre » sont remplacés par les mots : « le 15 juillet » ;

b) Les mots : « des annexes modificatives mentionnées à l'article L. 162-15-2 et » et les mots : « en application de l'avant-dernier alinéa du II de cet article » sont supprimés ;

3° Les deux dernières phrases du deuxième alinéa du II sont supprimées ;

4° Dans le premier alinéa du III, les mots : « Les annexes et, le cas échéant, » sont supprimés ;

5° Dans les deuxième et troisième alinéas du III, le mot : « annexes » est remplacé par le mot : « mesures » ;

6° Le IV est supprimé ;

7° Le V est ainsi rédigé :

« V. - En l'absence de convention, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés, en vigueur au 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures fixées par les caisses nationales dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-2. »

III. - Dans le I de l'article L. 162-15-4 du même code, les mots : « de l'annexe mentionnée », sont remplacés par le mot : « mentionnés ».

IV. - L'article L. 162-5-9 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa du I est supprimée ;

2° Il est complété par un III et un IV ainsi rédigés :

« III. - Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-11, après consultation, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession.

« IV. - Le règlement prévu au présent article peut comporter toute disposition entrant dans le champ des conventions nationales en application des dispositions du présent code. »

Article 6

I. - Dans le premier alinéa de l'article L. 645-2-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « En ce qui concerne les médecins, » sont supprimés.

II. - Dans le deuxième alinéa de l'article L. 322-5-1 du même code, les mots : « à l'article L. 322-5-3 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14-2 ou L. 162-15-2 ».

III. - Dans le 5° de l'article L. 322-5-2 du même code, les mots : « ainsi que les mécanismes par lesquels est assuré le respect de l'objectif prévu au 1° de l'article L. 322-5-3 » sont supprimés.

IV. - Les articles L. 322-5-3 et L. 322-5-5 du même code sont abrogés.

V. - Dans le premier alinéa de l'article L. 322-5-4 du même code, les mots : « aux articles L. 162-15, L. 162-15-1, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-15 ».

VI. - Le 4° de l'article L. 162-14 du même code est supprimé.

VII. – Les conventions nationales prévues aux sections I, II et III du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale et à l'article L. 322-5-2 du même code et leurs avenants en vigueur à la date de publication de la présente loi, y compris les conventions dont la date d'échéance se situe en 2002 et qui font l'objet d'un renouvellement tacite sur le fondement des dispositions du code de la sécurité sociale antérieures à la présente loi, sont réputées conformes aux dispositions de la présente loi jusqu'au 31 décembre 2002. A défaut de conclusion ou d'approbation d'un avenant les mettant en conformité avec les dispositions de la présente loi avant cette date, ces conventions et ces avenants sont réputés dénoncés à effet du 31 décembre 2002.

VIII. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'illégalité de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclue le 3 février 1994, et de ses annexes et avenants en date des 5 août 1999, 18 février 2000, 26 septembre 2001 et 8 novembre 2001, les actes pris en application desdites convention nationale, annexes et avenants, à l'exception de ceux ayant le caractère d'une sanction. ».

TABLEAU COMPARATIF

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale LIVRE I^{ER} Généralités TITRE VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales CHAPITRE II Dispositions générales relatives aux soins</p>	<p>Proposition de loi portant rénovation des rapports conventionnels entre les professionnels de santé libérales et les organismes d'assurance maladie</p> <p>Article 1^{er}</p> <p>I. – Dans le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-11 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 162-1-11.</i> – Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont définis par un accord-cadre conclu par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et le Centre national des professions de santé regroupant des organisations syndicales représentatives des professions concernées.</p> <p>« L'accord-cadre ne s'applique à une profession donnée que lorsqu'au moins une organisation syndicale représentative de cette profession a marqué son adhésion par la signature de l'accord.</p> <p>« Cet accord-cadre, conclu pour une durée au plus égale à cinq ans, fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions entrant dans le champ des conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et à l'article L. 322-5-2. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour</p>	<p>Article 1^{er}</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 162-1-11.</i> – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Cet accord-cadre ne s'applique à une des professions susmentionnées que si au moins une organisation syndicale représentative de cette profession l'a signé.</i> »</p> <p>« Cet ...</p> <p>...l'article L. 322-5-2. Il peut notamment déterminer les obligations respectives <i>des organismes d'assurance maladie</i> et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les <i>partenaires conventionnels jugent</i></p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 162-15.- Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, leurs annexes et avenants sont transmis, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Le Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes est consulté par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à la caisse et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p>	<p>garantir la qualité des soins dispensés, les conditions d'une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique. »</p> <p>II. - L'article L. 162-15 du même code est ainsi modifié :</p> <p>« 1° Dans le premier alinéa, après les mots : « Sous réserve des dispositions de l'article L. 162-15-3, les conventions prévues », sont insérés les mots : « à l'article L. 162-1-11 et » ;</p>	<p><i>appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins, ou pour promouvoir des actions de santé publique.</i></p> <p>II. -Alinéa sans modification</p> <p><i>« 1° Dans la première phrase du premier alinéa, après le mot : « chapitre », sont insérés les mots : « et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-11 » ;</i></p>
<p>.....</p> <p>La convention nationale est applicable aux professionnels concernés qui déclarent à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai fixé par cette convention, y adhérer.</p>	<p>« 2° Dans le dernier alinéa, les mots : « La convention nationale est applicable » sont remplacés par les mots : « L'accord-cadre et la convention nationale sont applicables ».</p>	<p><i>« 2° Au début du deuxième alinéa, sont insérés les mots : « L'accord-cadre, » ;</i></p> <p><i>« 3° Dans la première phrase du troisième alinéa, après les mots : « en vigueur », sont insérés les mots : « de l'accord-cadre, » ;</i></p> <p><i>« 4° Dans la troisième phrase du troisième alinéa, le mot : « lorsqu'une » est remplacé par les mots : « lorsque l'accord-cadre, une » ;</i></p> <p><i>« 5° Au début de l'avant-dernier alinéa, sont insérés les mots : « L'accord-cadre, » ;</i></p> <p><i>« 6° Dans le dernier alinéa, les mots : « La convention nationale est applicable » sont remplacés par les mots : « L'accord-cadre et la convention nationale sont applicables » et, après le mot : « par », sont insérés les mots : « cet accord-cadre ou ».</i></p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
<p>SECTION 3.1 Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 SOUS-SECTION 1 Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants</p>	<p>Article 2</p> <p>Dans la section 3.1 du chapitre II du titre VI du livre 6^f du même code, sont rétablis, avant la sous-section 1, deux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2 ainsi rédigés :</p> <p>« <i>Art. L. 162-14-1.</i> - La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :</p> <p>« 1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;</p> <p>« 2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage des soins prévus par l'article L. 162-12-17, qui constituent dans ce cas une annexe à la convention nationale, de contrats de bonne pratique prévus par l'article L. 162-12-18 ou de tout autre dispositif que les conventions mettent en oeuvre conformément aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques</p>	<p>Article 2</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>Art. L. 162-14-1.</i> -Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">SECTION 2.2</p> <p style="text-align: center;">Accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins</p> <p><i>Art. L. 162-12-17.-</i> Un ou des accords de bon usage des soins peuvent être conclus, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5 et, à l'échelon régional, entre les unions régionales de caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Ces accords sont transmis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs</p>	<p>ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;</p> <p>« 3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée.</p> <p>« <i>Art. L. 162-14-2.</i> - Les tarifs mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 sont fixés dans le cadre d'avenants à chaque convention. Ces avenants comportent en annexe l'ensemble des modifications de la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie que les signataires envisagent de proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'agriculture et dont il a été tenu compte pour fixer les tarifs. La totalité des avenants conclus en application du présent alinéa fait l'objet d'un envoi unique, au plus tard le 15 juin, à chacun des ministres précités.</p> <p>« Sauf en cas d'urgence ou d'impérieuse nécessité de santé publique, les ministres précités tiennent compte des propositions faites par les partenaires conventionnels dans les conditions prévues à l'alinéa précédent lorsqu'ils mettent en oeuvre des modifications de la nomenclature. »</p> <p style="text-align: center;">Article 3</p> <p>I. - L'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Dans le premier alinéa, les mots : « à l'article L. 162-5 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 » et les mots : « , en tant qu'ils concernent les médecins, » sont insérés après les mots : « sont transmis » ;</p>	<p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;"><i>« Les ministres doivent motiver les modifications de la nomenclature qu'ils mettent en oeuvre par rapport aux propositions faites par les partenaires conventionnels. »</i></p> <p style="text-align: center;">Article 3</p> <p>I. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
<p>salariés ou par l'union régionale des caisses d'assurance maladie aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.</p>	<p>2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « des médecins généralistes ou des médecins spécialistes » sont remplacés par les mots : « des professionnels concernés » ;</p>	
<p>En l'absence de convention, ces accords peuvent être conclus, à l'échelon national, entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et au moins un syndicat représentatif des médecins généralistes ou des médecins spécialistes et, à l'échelon régional, entre l'union régionale de caisses de sécurité sociale et les représentants, dans la région, des syndicats représentatifs au niveau national des médecins généralistes ou des médecins spécialistes.</p>	<p>3° Dans le troisième alinéa, les mots : « les médecins conventionnés peuvent percevoir » sont remplacés par les mots : « les professionnels conventionnés peuvent percevoir, notamment sous forme de forfaits, ».</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p>
<p>Les accords nationaux et régionaux prévoient des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques ainsi que les actions permettant de les atteindre. Ils peuvent fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les modalités selon lesquelles les médecins conventionnés peuvent percevoir une partie du montant des dépenses évitées par la mise en oeuvre de l'accord.</p>	<p>II. - L'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p><i>Art. L. 162-12-18.</i>- La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 déterminent les conditions dans lesquelles les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui ouvre droit à la majoration de la participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.</p>	<p>1° Au premier alinéa, les mots : « et L. 162-14 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-14 et L. 322-5-2 » et les mots : « en contrepartie du respect des engagements de ce contrat, à un complément forfaitaire de rémunération ou » sont insérés après les mots : « qui ouvre droit » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>..... - à l'évaluation de la pratique du professionnel ;</p>	<p>2° Le quatrième alinéa est complété par les mots : « ; cette évaluation prend en compte l'application par le professionnel des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15 » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>- aux actions de formation continue ; - aux modalités de suivi avec le</p>	<p>3° Le cinquième alinéa est supprimé ; 4° Dans le sixième alinéa, les</p>	<p>Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
<p>service du contrôle médical de son activité et, <i>le cas échéant</i>, de ses pratiques de prescription ;</p>	<p>mots : « le cas échéant » sont remplacés par les mots : « s'agissant d'un professionnel habilité à prescrire » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>- à la prescription de médicaments génériques, s'agissant des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ;</p>	<p>5° Les septième et huitième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>- à l'application des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15.</p>	<p>« - s'agissant des professions habilitées à prescrire, au niveau, à l'évolution et aux pratiques de prescription, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 162-2-1, et en particulier à la prescription en dénomination commune ou à la prescription de médicaments génériques ; »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>.....</p> <p>- le mode d'exercice du praticien afin de favoriser, le cas échéant par une participation à des réseaux de soins, une meilleure coordination des soins ou permettre des regroupements professionnels ;</p>	<p>6° Les dixième et onzième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>« - le niveau de l'activité <i>du professionnel</i> ; »</p>
<p>- le niveau de son activité ;</p>	<p>« - le niveau de l'activité des professionnels ; »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>.....</p> <p>Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel, après que celui-ci a été en mesure de présenter ses observations.</p>	<p>7° Au dernier alinéa, les mots : « et L. 162-14 » sont remplacés par les mots « , L. 162-14 et L. 322-5-2 ».</p>	<p>III. - Non modifié</p>
	<p>III. - Il est inséré, dans le même code, un article L. 162-12-19 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 162-12-19.</i> - En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1, ou en l'absence d'accords de bon usage des soins ou de contrats de bonne pratique, et après consultation des syndicats représentatifs des professions concernées, les accords ou contrats mentionnés aux articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 peuvent être fixés par arrêté interministériel pris sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents. »</p>	

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L. 162-15-2.- I. -</i> Chaque année, dans le respect de l'objectif de dépenses déléguées mentionné au II de l'article L. 227-1, une annexe fixe, pour chacune des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 :</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">Article 4</p> <p>Il est inséré, dans le code de la sécurité sociale, un article L. 162-12-20 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 162-12-20.</i> - La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 peuvent déterminer les conditions dans lesquelles les professionnels de santé conventionnés peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui ouvrent droit à une rémunération forfaitaire.</p> <p>« Ces contrats, définis par la convention, fixent les engagements des professionnels concernés et précisent les modalités d'actualisation de la rémunération forfaitaire qui leur est associée.</p> <p>« Ils comportent nécessairement, en complément des mesures prévues en la matière par l'accord-cadre et par la ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, des engagements des professionnels relatifs à leur participation :</p> <p>« 1° Soit à des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins ;</p> <p>« 2° Soit à des actions de prévention. »</p>	<p style="text-align: center;">Article 4</p> <p>Sans modification</p>
<p>A défaut de convention pour l'une des professions visées au présent I,</p>	<p style="text-align: center;">Article 5</p> <p>I. - L'article L. 162-15-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :</p> <p>« En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée, et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession : » ;</p> <p>2° Le dernier alinéa du I est supprimé ;</p>	<p style="text-align: center;">Article 5</p> <p>I. - Non modifié</p>

Textes en vigueur

et après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée, ou à défaut d'annexe pour l'une des conventions, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale déterminent, pour la profession concernée, les éléments de l'annexe visés au 1°, 2° et 3° du présent I.

II. - Les parties à chacune des conventions assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année ; une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année.

.....

A défaut de convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie assurent ce suivi et consultent les syndicats représentatifs de la profession concernée.

Lorsqu'elles constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application du I, les parties à chacune des conventions déterminent par une annexe modificative, les mesures de toute nature propres à garantir son respect et notamment celles prévues au 3° du I ainsi que, le cas échéant, les ajustements des tarifs prévus au 2°.

A défaut d'accord entre les parties conventionnelles ou en l'absence de convention, après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée et lorsque le montant des dépenses réalisées n'est manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif fixé, la Caisse nationale de

Texte de la proposition de loi

3° Le premier alinéa du II est ainsi rédigé :

« En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés au moins une autre caisse nationale assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année, une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année. » ;

4° Le deuxième alinéa du II est supprimé ;

5° Dans le troisième alinéa du II, les mots : « les parties à chacune des conventions déterminent par une annexe modificative » sont remplacés par les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée, et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession » ;

6° Le quatrième alinéa du II est supprimé ;

Propositions de la Commission

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
<p>l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale signataire de la convention concernée déterminent les mesures prévues à l'alinéa précédent.</p>	<p>7° Dans le cinquième alinéa, le nombre : « quatre » est remplacé par le nombre : « deux ».</p>	II. - Non modifié
<p>En cas de carence des caisses nationales ou lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des quatre alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses, un arrêté interministériel fixe les tarifs et mesures mentionnés aux 2° et 3° (b) du I.</p>	<p>II. - L'article L. 162-15-3 du même code est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 162-15-3.- I. - Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget dans un délai de cinquante jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, accompagné des annexes mentionnées à l'article L. 162-15-2 et, le cas échéant, des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie en application du dernier alinéa du I de cet article.</p>	<p>1° Dans le premier alinéa du I, les mots : « des annexes mentionnées à l'article L. 162-15-2 et » et les mots : « en application du dernier alinéa du I de cet article » sont supprimés ;</p>	
<p>.....</p> <p>II. - Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les</p>	<p>2° Le premier alinéa du II est ainsi modifié :</p>	

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
<p>positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget au plus tard respectivement les 15 juillet et 15 novembre, accompagné, le cas échéant, des annexes modificatives mentionnées à l'article L. 162-15-2 et des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie en application de l'avant-dernier alinéa du II de cet article.</p>	<p>a) Les mots : « respectivement les 15 juillet et 15 novembre » sont remplacés par les mots : « le 15 juillet » ;</p> <p>b) Les mots : « des annexes modificatives mentionnées à l'article L. 162-15-2 et » et les mots : « en application de l'avant-dernier alinéa du II de cet article » sont supprimés ;</p>	
<p>Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Le rapport transmis au plus tard le 15 novembre établit également un bilan des dépenses pour l'année en cours ainsi que des annexes modificatives et des mesures prises en vertu de l'article L. 162-15-2. Les annexes et, le cas échéant, les mesures accompagnant ce rapport tiennent compte de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 proposé dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale déposé pour l'année suivante à l'Assemblée nationale.</p>	<p>3° Les deux dernières phrases du deuxième alinéa du II sont supprimées ;</p>	
<p>III. - Les annexes et, le cas échéant, les mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie au titre de l'article L. 162-15-2 font l'objet d'une approbation unique des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p>	<p>4° Dans le premier alinéa du III, les mots : « Les annexes et, le cas échéant, » sont supprimés ;</p>	
<p>Ces annexes sont réputées approuvées si les ministres n'ont pas fait connaître à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, dans le délai de quinze jours à compter de leur réception, qu'ils s'opposent à leur approbation du fait de leur non-conformité aux lois et règlements en vigueur ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou en raison des risques que leur application ferait courir</p>	<p>5° Dans les deuxième et troisième alinéas du III, le mot : « annexes » est remplacé par le mot : « mesures » ;</p>	

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
<p>à la santé publique ou à un égal accès aux soins.</p>	6° Le IV est supprimé ;	<p>« III - Dans le I de l'article L. 162-15-4 du même code, les mots : « de l'annexe mentionnée », sont remplacés par le mot : « mentionnés ».</p>
<p>En cas d'opposition, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose d'un délai de dix jours pour revoir le contenu des annexes et les présenter à nouveau, dans les conditions fixées au premier alinéa du I et au II ci-dessus, aux ministres compétents.</p>	7° Le V est ainsi rédigé : « V. - En l'absence de convention, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés, en vigueur au 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures fixées par les caisses nationales dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-2. »	IV. - Non modifié
<p>IV. - En cas d'opposition du ministre aux nouvelles propositions de la caisse, un arrêté interministériel fixe :</p>	III. - L'article L. 162-5-9 du même code est ainsi modifié :	
<p>1° Au plus tard le soixante-quinzième jour suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les éléments des annexes annuelles ;</p>		
<p>2° Au plus tard les 31 juillet et 30 novembre, les tarifs liés aux ajustements prévus au II de l'article L. 162-15-2.</p>		
<p>V. - Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels de santé, en vigueur le 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur de l'annexe ou d'un arrêté pris en application du présent article.</p>		
<p>SECTION 1</p>		
<p>Médecins</p>		
<p>SOUS-SECTION 2</p>		
<p>Règlement conventionnel</p>		
<p>Art. L. 162-5-9.- I. - Un règlement conventionnel minimal est établi par arrêté interministériel pris après consultation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des organisations syndicales représentatives des généralistes et des spécialistes et, en tant qu'il comporte des dispositions relatives à la déontologie médicale, du Conseil national de l'ordre des médecins. Ce règlement fixe les dispositions et sanctions visées à l'article L. 162-5 et au II de l'article L. 162-5-13.</p>	1° La dernière phrase du premier alinéa du I est supprimée ;	

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">LIVRE VI Régimes des travailleurs non salariés TITRE IV Assurance vieillesse et invalidité- décès des professions libérales CHAPITRE V Avantages complémentaires ouverts aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés SECTION 1 Dispositions générales <i>Art. L. 645-2-1.-</i> En ce qui concerne les médecins, à défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d'un montant inférieur à celui de la participation prévue à l'article L. 645-2.</p> <p style="text-align: center;">LIVRE II Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général TITRE II Assurance maladie CHAPITRE II Prestations en nature SECTION 2 Frais de déplacement de l'assuré - Frais de transport <i>Art. L. 322-5-1.-</i></p> <p>La participation de l'assuré</p>	<p>2° Il est complété par un III et un IV ainsi rédigés :</p> <p>« III. - Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-11, après consultation, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession.</p> <p>« IV. - Le règlement prévu au présent article peut comporter toute disposition entrant dans le champ des conventions nationales en application des dispositions du présent code. »</p> <p style="text-align: center;">Article 6</p> <p>I. - Dans le premier alinéa de l'article L. 645-2-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « En ce qui concerne les médecins, » sont supprimés.</p> <p>II. - Les articles L. 322-5-1 à L. 322-5-5 du même code sont ainsi modifiés :</p> <p>1° Dans le deuxième alinéa de</p>	<p style="text-align: center;">Article 6</p> <p>I. - Non modifié</p> <p>II. - Dans le deuxième alinéa de l'article L. 322-5-1 du même code, les mots : « à l'article L. 322-5-3 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14-2 ou L. 162-15-2 ».</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
<p>versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 322-5-3.</p>	<p>l'article L. 322-5-1, les mots : « à l'article L. 322-5-3 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14-2 ou L. 162-15-2 » ;</p>	<p><i>III. - Dans le 5° de l'article L. 322-5-2 du même code, les mots : « ainsi que les mécanismes par lesquels est assuré le respect de l'objectif prévu au 1° de l'article L. 322-5-3 » sont supprimés.</i></p>
<p><i>Art. L. 322-5-2.-</i> 5° Sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les modalités de détermination des sommes dues aux entreprises ainsi que les mécanismes par lesquels est assuré le respect de l'objectif prévu au 1° de l'article L. 322-5-3.</p>	<p>2° Dans le 5° de l'article L. 322-5-2, les mots : « ainsi que les mécanismes par lesquels est assuré le respect de l'objectif prévu au 1° de l'article L. 322-5-3 » sont supprimés ;</p>	<p><i>IV. - Les articles L. 322-5-3 et L. 322-5-5 du même code sont abrogés.</i></p>
<p><i>Art. L. 322-5-3.-</i> Chaque année, une annexe à la convention prévue à l'article L. 322-5-2 fixe :</p>	<p>3° Les articles L. 322-5-3 et L. 322-5-5 sont abrogés ;</p>	
<p>1° L'objectif prévisionnel national d'évolution des dépenses de transports sanitaires prises en charge par les régimes d'assurance maladie ;</p>		
<p>2° Les tarifs applicables aux transports sanitaires et servant de base au calcul de la participation de l'assuré ;</p>		
<p>3° Le cas échéant, l'adaptation en cohérence avec celui-ci de l'objectif mentionné au 1° ci-dessus, par zones géographiques et par périodes au cours de l'année, que l'annexe détermine.</p>		
<p><i>Art. L. 322-5-5.-</i> L'annexe annuelle mentionnée à l'article L. 322-5-3, ainsi que les annexes modificatives, sont conclues et approuvées dans les conditions prévues aux articles L. 162-15-2 et L. 162-15-3.</p>		
<p><i>Art. L. 322-5-4.-</i> La convention mentionnée à l'article L. 322-5-2, ses annexes et avenants sont approuvés et s'appliquent aux entreprises de transport sanitaire concernées dans les conditions prévues aux articles L. 162-15, L. 162-15-1, L. 162-15-2 et L. 162-15-3.</p>	<p>4° Dans le premier alinéa de l'article L. 322-5-4, les mots : « aux articles L. 162-15, L. 162-15-1, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-15 ».</p>	<p><i>V. - Dans le premier alinéa de l'article L. 322-5-4 du même code, les mots : « aux articles L. 162-15, L. 162-15-1, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-15 ».</i></p>
<p style="text-align: center;">TITRE VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales CHAPITRE II Dispositions générales relatives aux soins SECTION 3</p>		
<p>Directeurs de laboratoires</p>		
<p><i>Art. L. 162-14.-</i> 4° Le financement des instances et des actions nécessaires à la mise en</p>	<p>III. - Le 4° de l'article L. 162-14 du même code est supprimé.</p>	<p>VI. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte de la proposition de loi	Propositions de la Commission
oeuvre de l'accord mentionné à l'article L. 162-14-1 de la convention et de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-14-2;	<p>IV. – Les conventions en vigueur à la date de publication de la présente loi, y compris les conventions dont la date d'échéance se situe en 2002 et qui font l'objet d'un renouvellement tacite sur le fondement des dispositions du code de la sécurité sociale antérieures à la présente loi, sont réputées conformes aux dispositions de la présente loi jusqu'au 31 décembre 2002. A défaut de conclusion ou d'approbation d'un avenant les mettant en conformité avec les dispositions du présent article avant cette date, ces conventions et ces avenants sont réputés dénoncés à effet du 31 décembre 2002.</p> <p>V. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, est validé en tant que leur légalité seraient contestés pour un motif tiré de l'illégalité desdits conventions nationales, annexes et avenants, tous les actes pris en application de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclue le 3 février 1994, de ses annexes et avenants en date des 5 août 1999, 18 février 2000, 26 septembre 2001 et 8 novembre 2001.</p>	<p>VII. - Les conventions <i>nationales prévues aux sections I, II et III du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale et à l'article L. 322-5-2 du même code et leurs avenants</i> en vigueur...</p> <p>...dispositions <i>de la présente loi</i> avant... 31 décembre 2002.</p> <p>VIII. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, <i>sont validés en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'illégalité de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, conclue le 3 février 1994, et de ses annexes et avenants en date des 5 août 1999, 18 février 2000, 26 septembre 2001 et 8 novembre 2001, les actes pris en application desdits convention nationale, annexes et avenants, à l'exception de ceux ayant le caractère d'une sanction.</i> ».</p>

3524 - Rapport de M. Claude Evin (Comm. des affaires culturelles) sur la proposition de loi de M. Jean Le GARREC (n° 3520) portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie.